



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสาร

สุขภาพจิต

แห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

Volume 31 Number 3 July - September 2023

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชุมพร
สิรินภา สรงสระแก้ว, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธ
- ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรม
มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์
- ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของพยาบาลที่ทำงานในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19
จังหวัดอุบลราชธานี
วิวัฒน์ สารพัฒน์
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 :
การศึกษาแบบผสมผสาน
ลักษิกา ศรีโรจนกุล, รัชฎากร ชัยวัง, ชบาไพโร โปธิ์สุยะ, อวิรุทธ์ อุ่นอารมย์, ชิดชนก เรือนก้อน
- ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ใน
เด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า
ดุชนฎี จิงศิริกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตน์นา
- ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565
วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, เรวดี จายานะ
- โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน
ภัทรภณ แจ่มมิน, จารุพงษ์ พรหมวิทักษ์, วรงค์ สิทธิศรีณย์กุล, พิรัชฐู โพธิ์งาม

Journal of
Mental Health of Thailand

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์
นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.เกียรติคุณ นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์ กรรมการสมาคมจิตแพทย์โลกตัวแทน
ภาคพื้นเอเชียใต้
พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
(ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต)

บรรณาธิการ

ดร.นพ.อธิป ตันอารีย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
นพ.สุทธา สุปัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
พญ.กุสุมาวดี คำเกลี้ยง สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นพ.สุจิระ ปรีชาวิทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นพ.ศุภเสก วิโรจนภา สำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.พญ.ดร.สาวิตรี อัชฌางค์กรชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.นพ.ดร.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ดร.ณิ ภูขาว มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.हररशा เศรษฐบุปผา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิก สำนักงานคณะกรรมการ
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
พญ.ดุชนฎิ จิงศิริกุลวิทย์ กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
พญ.เบญจพร ปัญญาแยง ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต
ดร.สุดา วงศ์สวัสดิ์ ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการต่างประเทศ

Dr.Alan Frederick Geater Faculty of Medicine, Prince of
Songkla University

บรรณาธิการบริหาร

นายภพธร วุฒินหาร

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (สำนักวิชาการสุขภาพจิต)

นางสาวจันทรรัตน์ พงษ์พิยะ นางสาวชนิดชนก โอภาสวัฒนา
นางสาวพาสนา คุณาธิวัฒน์ นางฐิติญา จันทร์พรม
นางสาวสายไหม อสิพงษ์

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต มีนโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ คือ เป็นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือมีประโยชน์ในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับประเทศ

กำหนดออก:

ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)
เดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม

ดาวน์โหลดและส่งบทความ:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

การติดต่อ:

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย
สำนักวิชาการสุขภาพจิต ชั้น 3 อาคาร 2 กรมสุขภาพจิต
88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี
จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0-2590-8254, 8561 โทรสาร 0-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th / jmht.dmh@gmail.com

บทความที่จะตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตาม “คำแนะนำผู้พิมพ์” ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ:

ผู้อ่านสามารถนำข้อความ ข้อมูลจากวารสารไปใช้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการได้ เช่น เพื่อการสอน เพื่อการอ้างอิง แต่การนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อการค้า จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกรมสุขภาพจิตก่อน

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมิได้แสดงว่ากองบรรณาธิการหรือกรมสุขภาพจิตเห็นพ้องด้วย



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Advisory board

Director General of Department of Mental Health (DMH)
Deputy Directors of Department of Mental Health (DMH)
M.L.Somchai Chakraband, M.D.
Yongyud Wongpiromsarn, M.D.
Tedsak Dejkong, M.D.

Honorary Editor

Emeritus Prof.Pichet Udomratn, M.D. WPA Board for Zonal Representative 16
(Southern Asia)
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D. Medical Doctor, Advisory Level
(Retired government official)

Editor-in-Chief

Athip Tanaree, M.D., Ph.D. Srithanya Hospital

Associate Editors

Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. Southern Institute of Child and
Adolescent Mental Health
Suttha Supanya, M.D. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Kusumavadee Kamkliang, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs
Sujira Prechawit, M.D. Srinakharinwirot University
Supasaek Virojanapa, M.D. Bureau of Mental Health Academic Affairs

Editorial Board

Prof.Sawitri Assanangkornchai, M.D., Ph.D. Prince of Songkla University
Prof.Suwanna Arunpongpaisal, M.D. Khon Kaen University
Assoc.Prof.Pornjira Pariwatcharakul, M.D. Mahidol University
Assoc.Prof.Sirijit Suttajit Chiang Mai University
Assoc.Prof.Tawanchai Jirapramukpitak, M.D., Ph.D. Mahidol University
Asst.Prof.Darunee Phukao, Ph.D. Mahidol University
Hunsa Sethabouppha, Ph.D. Chiang Mai University
Pitakpol Boonyamalik, M.D.,Ph.D. National Human Rights Commission
of Thailand
Dutsadee Juengsiragulwit, M.D. Bureau of Mental Health Service
Administration
Benjaporn Panyayong, M.D. Retired government official
Suda Wongsawat, Ph.D. Retired government official

International Editors

Dr.Alan Frederick Geater Prince of Songkla University

Managing Editors

Mr.Phothorn Wuttiharn

Managing Staffs (Bureau of Mental Health Academic Affairs)

Ms.Jantarath Pongpeeya Ms.Chidchanok Opaswattana
Ms.Passana Gunadhivadhana Mrs.Thitiya Jantaprom
Ms.Saimai Asipong

ISSN 0859-497X
E-ISSN 2697-567X

Journal of Mental Health of Thailand

The Journal of Mental Health of Thailand is the official journal of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Its focus and scope is a new knowledge of research and academic work in mental health and psychiatry or useful in exchanging knowledge at the national level.

Free subscription:

Free access online: Every 3 months or 4 volumes/year

Download and Submission:

www.tci-thaijo.org/index.php/jmht

Contact:

Journal of Mental Health of Thailand
Bureau of Mental Health Academic Affairs,
Department of Mental Health,
Ministry of Public Health
88/20 Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000 Thailand.
Tel. +66-2590-8254, 8561 Fax. +66-2149-5539
e-mail: jmht@dmh.mail.go.th
jmht.dmh@gmail.com

Remark:

Authorization to photocopy items for internal or personal use of specific clients, is granted. The consent does not extend to other kinds of copying, such as for general distribution, for advertising, or for resale.

Unless otherwise states, the views and opinion expressed in Journal of Mental Health of Thailand are those of authors of the papers, and do not represent those of the editorial board or the Department of Mental Health.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชุมพร สิรินภา สรงสระแก้ว, จุฑาธิป ศีลบุต, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธ	166
ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการ เมทริกซ์โปรแกรม มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์	176
ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของพยาบาลที่ทำงานในหน่วยคัดกรอง โรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี วิวัฒน์ สารพัฒน์	190
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในนักศึกษา มหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 : การศึกษาแบบผสมผสาน ลักขิกา ศรีโรจนกุล, รัชฎากร ชัยวัง, ขบาไพโร โพธิ์สุยะ, อวิรุทธ์ อุ่นอารมย์, ชิตชนก เรือนก้อน	202
ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตน์	215
ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, เรวดี จายานะ	227
บทความปริทัศน์	
โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน ภัทรภณ แจ่มมิน, จารุพงษ์ พรหมวิทักษ์, วรงค์ สิริศิริณย์กุล, พิรัชฐู โพธิ์งาม	240
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

Journal of Mental Health of Thailand

Volume 31 Number 3 July - September 2023

	Page
CONTENTS PREFACE	A
EDITORIAL ORIGINAL	A
ORIGINAL ARTICLES	
Risk factors of repeat suicidal behavior among psychiatric patients in Chumphon province, Thailand Sirinapa Songsrakaew, Jutatip Sillabutra, Chukiat Viwatwongkasem, Pichitpong Soontornpipit	166
Predictors of success in methamphetamine cessation during the Matrix program service Monruedee Wongjitrat	176
Stress, anxiety and depression among registered nurses at the COVID-19 screening units (ARI clinic) in Ubon Ratchathani province Wiwat Sarapat	190
Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in university students infected with COVID-19: a mixed method study Laksika Srirojanakul, Ratsadakron Chaiwang, Chabaphai Phosuya, Awirut Oon-arom, Chidchanok Ruengorn	202
The effect of the Thai Preschool Parenting Program (Thai Triple-P) on development and emotional intelligence among children at risk of developmental delay Dutsadee Juengsiragulwit, Amara Thanasuparutana	215
The prevalence and trends of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2022 Worawan Chutha, Kamonluck Makkhlai, Duangdao Sriruengrat, Rewadee Jayana	227
REVIEW ARTICLE	
Work-related post-traumatic stress disorder Pattarapon Jammin, Charubongse Brohmwitak, Warong Sithisarunkul, Parit Phongam	240
INSTRUCTION TO AUTHORS	I
CONTENTS PREFACE IN JOURNAL OF THE PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF THAILAND	



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

บรรณาธิการแถลง

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 3 ของปี พ.ศ. 2566 ยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเป็นบทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ ดังนี้ เรื่อง *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชุมพร* โดย สิริินภา สรongsระแก้ว และคณะ เรื่อง *ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการบริการเมทริกซ์โปรแกรม* โดย มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์ เรื่อง *ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของพยาบาลที่ทำงานในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี* โดย วิวัฒน์ สารพัฒน์ เรื่อง *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 : การศึกษาแบบผสมผสาน* โดย ลักชิกา ศรีโรจนกุล และคณะ เรื่อง *ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า* โดย ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ และ อมรา ธนศุภรัตน์ และเรื่อง *ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565* โดย วรารณ จุฑา และคณะ และยังมีบทความปริทัศน์ เรื่อง *โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เนื่องจากการทำงาน* โดย ภัทรภณ แจ่มมิน และคณะ

วันที่ 31 สิงหาคม 2566 ที่ผ่านมาผู้นิพนธ์บทความนิพนธ์ต้นฉบับเรื่อง *ความตรงและความเชื่อถือได้ของดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี* ที่ได้เผยแพร่ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 ปี พ.ศ. 2563 มีการแจ้งแก้ไขรายละเอียดขออนุญาตแปลเครื่องมือจากเจ้าของลิขสิทธิ์ส่วนบุคคล และลิขสิทธิ์ของบริษัทในหน้า 60 และ 67 ซึ่งผู้นิพนธ์ได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาแสดงให้เห็นถึงเหตุผลความจำเป็น วารสารจึงได้อนุมัติแก้ไขบทความดังกล่าว

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสาร และขอต้อนรับกองบรรณาธิการฝ่ายจัดการท่านใหม่ ได้แก่ นางสาวชิตชนก โอภาสวัฒนา และนางสาวพาสนา คุณาธิวัฒน์ ทั้งนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.tci-thaijo.org/index.php/jmht และยังสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย

อธิป ตันอารีย์

บรรณาธิการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชุมพร

วันรับ : 12 พฤษภาคม 2566

วันแก้ไข : 8 สิงหาคม 2566

วันตอบรับ : 15 สิงหาคม 2566

สิรินภา สรงสระแก้ว, ส.บ., จุฬาริโป ศีลบุตร, ปร.ด.,

ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, ปร.ด., พิจิตรพงษ์ สุนทรพิพิธ, ปร.ด.

ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตาย

วิธีการ : การศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการฆ่าตัวตาย จากฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำด้วยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบที่แน่นอนของฟิชเชอร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 136 คน มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 33.1 (95% CI = 25.27 - 41.67) กลุ่มอายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ 2.88 เท่า (95% CI = 0.95 - 8.74) ของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีโรคประจำตัว

สรุป : ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการวางแผนดูแลที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดอัตราฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย, จิตเวช, ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : จุฬาริโป ศีลบุตร; e-mail: jutatip.sil@mahidol.ac.th

Original articles

Risk factors of repeat suicidal behavior among psychiatric patients in Chumphon province, Thailand

Received : 12 May 2023

Revised : 8 Aug 2023

Accepted : 15 Aug 2023

Sirinapa Songsrakaew, B.P.H., Jutatip Sillabutra, Ph.D.,

Chukiat Viwatwongkasem, Ph.D., Pichitpong Soontornpipit, Ph.D.

Department of Biostatistics Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

Objective: To determine the risk factors of repeat suicidal behaviors among psychiatric patients with previous suicidal behaviors.

Methods: The secondary data of psychiatric patients with previous suicidal behaviors were retrieved from the Chumphon provincial office database. Chi-square and Fisher's Exact test were used to determine the relationship between factors and repeat suicidal behavior. Binary logistic regression was used to determine predictors of repeat suicidal behaviors.

Results: Of 136 subjects, 33.1% (95% CI = 25.27 - 41.67) reattempted suicide. Age group and having underlying diseases were associated with repeat suicidal behavior. Logistic regression analysis showed that those having the underlying physical disease were 2.88 times (95% CI = 0.95 - 8.74) more likely to repeat suicide behaviors than those without underlying physical diseases.

Conclusion: Psychiatric patients have a high rate of repeat suicidal behaviors, particularly those with comorbid physical conditions. This high-risk group of patients should receive suitable care plans for suicide prevention and enhancing their quality of life.

Keywords: repeated suicide, suicidal behavior, psychiatric, risk factors

Corresponding author: Jutatip Sillabutra; e-mail: jutatip.sil@mahidol.ac.th

ความรู้เดิม : อัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดชุมพรสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัด

ความรู้ใหม่ : อายุและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.88 เท่า

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำเพื่อวางแผนป้องกันและพัฒนา รูปแบบการติดตามดูแลรักษาอย่างเหมาะสม รวมถึงการลดอัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัด

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี พ.ศ. 2559 มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 10.5 คนต่อแสนประชากร¹ โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศซึ่งมีค่าระหว่าง 5 คนต่อแสนประชากร และ 30 คนต่อแสนประชากร¹ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยทั่วโลก โดยประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับต้นของภูมิภาค^{2,3} จากแผนปฏิบัติการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก ในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573^{4,5} ประเทศไทยมีการดำเนินการโดยกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ และมีเป้าหมายคือการลดอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศต่ำกว่า 8 ต่อแสนประชากร^{6,7} รวมถึงมีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เพื่อใช้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และใช้เป็นแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย^{8,9} อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2562 การดำเนินการของประเทศยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย โดยยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตาย 8 ต่อแสนประชากร³ ภาคใต้ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอยู่ในห้าอันดับแรกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึง

ปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.54 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 เป็น 8.4 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดชุมพรมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าภาพรวมของประเทศและอัตราเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 11 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นจาก 5.17 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 เป็น 10.67 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563¹⁰⁻¹² สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยจึงยังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับความสนใจเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา¹³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดชุมพร

กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไป 5 ถึง 20 เท่า¹⁴⁻¹⁶ เช่น ผู้ป่วยภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 75¹⁷ ผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว รวมถึงผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าสองโรคมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยโรคจิตเวช¹⁸ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประเภทของโรคจิตเวช การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และระดับคะแนนประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย¹⁹⁻³⁰ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายเป็น พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูง³¹ การศึกษาของ Hawton และคณะ, Spijker และคณะ, และ Rungsang และ Pochngone พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายเป็นมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีประวัติฆ่าตัวตาย 3.5 - 5.7 เท่า^{28,32,33} โดยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งแรกของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช^{24,31,34-37} ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง^{28,32,33}

การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายซ้ำมีความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ อย่างไรก็ตามการศึกษาใน

ประเด็นดังกล่าวในผู้ป่วยจิตเวชมียังมีน้อยโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายในจังหวัดชุมพร เพื่อระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำและเป็นแนวทางในการวางแผนติดตามและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการ

การศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ในผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับวินิจฉัยโรคจิตเวช (ICD-10 รหัส F00 - F99) ครั้งแรก และมีประวัติฆ่าตัวตาย (ICD-10 รหัส X60 - X84) ซึ่งได้รับการรักษาและติดตามอาการในจังหวัดชุมพรระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (protocol no. 6/2564)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie และ Morgan³⁸ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 0.05 และระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 102 คน

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{d^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

เมื่อ N คือ ขนาดของประชากรผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในจังหวัดชุมพรในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 เท่ากับ 152 คน

p คือ ค่าสัดส่วนการฆ่าตัวตายซ้ำของประชากรเท่ากับ 0.27³¹

d คือ ระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง

χ^2 คือ ระดับความเชื่อมั่น

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีข้อมูลปัจจัยไม่สมบูรณ์มากกว่า 3 ปัจจัย

ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประเภทของโรคจิตเวช และการได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยประเภทของโรคจิตเวชแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มโรคจิตเวชหลัก ซึ่งประกอบด้วย โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - F39) โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม (F40 - F48) และกลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ (F50 - F59) และ 2) กลุ่มโรคจิตเวชชนิดอื่น ๆ ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก³⁹ การประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย หมายถึง การประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแจกแจงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และการทดสอบที่แน่นอนของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) จากนั้นนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 มาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผล

จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 152 คน มี 16 คนที่มีข้อมูลปัจจัยไม่สมบูรณ์มากกว่า 3 ปัจจัย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ 136 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.4 และเพศชายร้อยละ 42.6 อายุเฉลี่ย 36.77 ปี (SD = 16.11) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58.5 คน ส่วนใหญ่ได้รับวินิจฉัยโรคจิตเวชหลัก คิดเป็นร้อยละ 89.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.2 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 4.0 สูบบุหรี่ร้อยละ 16.7

และได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 22.5 การศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำหลังจากได้รับวินิจฉัยโรคจิตเวชครั้งแรกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 33.1 (95% CI = 25.27 - 41.67) การศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำพบว่า กลุ่มอายุ ($\chi^2 = 5.22, p = .02$) และการมีโรคประจำตัว ($\chi^2 = 7.36, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.88 เท่า (95% CI = 0.95 - 8.74) ปัจจัยทำนายเหล่านี้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำได้ร้อยละ 8.6 และสมการมีความเหมาะสม (Hosmer and Lemeshow = 0.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำจำแนกตามลักษณะทั่วไป โรคประจำตัว พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ประเภทของโรคจิตเวช และการได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

	ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน (ร้อยละ)	ฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	df	p
กลุ่มอายุ			5.22	1	.02 ^a
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	61 (74.4)	21 (25.6)			
สูงกว่าค่าเฉลี่ย	30 (55.6)	24 (44.4)			
เพศ			0.09	1	.77 ^a
ชาย	38 (65.5)	20 (34.5)			
หญิง	53 (67.9)	25 (32.1)			
สถานภาพสมรส			1.47	2	.27 ^b
โสด	41 (73.2)	15 (26.8)			
สมรส/ หย่าร้าง/ หม้าย	50 (63.3)	29 (36.7)			
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์			0.06	1	.99 ^b
ไม่ดื่ม	79 (65.3)	42 (34.7)			
ดื่ม	3 (60.0)	2 (40.0)			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่			0.70	1	.40 ^a
ไม่สูบ	70 (66.7)	35 (33.3)			
สูบ	12 (57.1)	9 (42.9)			
โรคประจำตัว			7.36	1	< .01 ^a
ไม่มี	84 (71.2)	34 (28.8)			
มี	7 (38.9)	11 (61.1)			
ประเภทของโรคจิตเวช^b			0.05	1	.99 ^b
กลุ่มโรคหลัก	82 (67.2)	40 (32.8)			
กลุ่มโรคอื่น ๆ	9 (64.3)	5 (35.7)			
การได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย			0.002	1	0.67 ^a
ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	72 (66.1)	37 (33.9)			
ได้รับการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	19 (70.4)	8 (29.6)			

^a χ^2 test, ^b Fisher's exact test

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีของปัจจัยทำนายพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

ปัจจัยทำนาย	coefficient	S.E.	p-value	OR	95% CI of OR	
					lower	Upper
อายุสูงกว่าค่าเฉลี่ย	0.56	0.41	0.17	1.74	0.78	3.88
มีโรคประจำตัว	1.06	0.57	0.05	2.88	0.95	8.74
Constant	-1.10	0.26				

-2LL = 163.93, R² = 8.6

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายในจังหวัดชุมพรมีอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำคิดเป็นร้อยละ 33.1 สูงกว่าอัตราฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ซึ่งมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 26.8³¹ อาจสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการด้านจิตเวชที่แตกต่างกัน จากสถานการณ์การเข้าถึงบริการด้านจิตเวชของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการทางจิตเวชของผู้ป่วยซึมเศร้าในจังหวัดชุมพรต่ำกว่าจังหวัดบุรีรัมย์ และยังพบว่าในปี พ.ศ. 2563 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าของจังหวัดชุมพรอยู่ในอันดับที่ 72 จาก 78 จังหวัด⁴⁰ ทั้งนี้อาจเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีปัญหาหรือคิดว่าสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง⁴¹ จึงไม่มาเข้ารับบริการ ทั้งนี้การเข้าไม่ถึงบริการของโรคซึมเศร้าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาทางจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตแห่งชาติที่ระบุว่าระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการของโรคจิตเวชครั้งแรกจนเข้ารับบริการหรือเข้าสู่การรักษาคือ 10 ปี⁴²

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ อายุและการมีโรคประจำตัว อายุของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำโดยผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอายุเฉลี่ยประมาณ 30 ปี อาจเนื่องมาจากเป็นวัยทำงานซึ่งมีความรับผิดชอบในด้านต่าง ๆ มากขึ้น ส่งผลต่อความเครียด ทั้งนี้อาจมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นร่วมด้วย^{23,29,36} ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติฆ่าตัวตายและมีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่า

ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว การมีโรคประจำตัวทำให้เกิดผลกระทบกับชีวิตในด้านการเงินและการทำงาน รวมถึงต้องเผชิญกับความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งส่งผลให้สุขภาพจิตแย่ลง นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁴³⁻⁴⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเยาวชนประเทศออสเตรเลียที่พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 12 เดือนมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว 3.29 เท่า⁴⁶ รวมถึงการทบทวนอย่างเป็นระบบและการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{27,28} โดยโรคเรื้อรังที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว 12.6 เท่า⁴⁷ ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับความรุนแรงของชนิดของโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลต่อระดับความเครียดทางจิตใจที่แตกต่างกัน⁴⁴ ชนิดของโรคมะเร็งที่มีอัตราตายจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งปอดและหลอดลมตามลำดับ ในขณะที่โรคมะเร็งไทรอยด์ เป็นชนิดของโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายต่ำที่สุด⁴⁸

อุปติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำที่พบจากการศึกษานี้สามารถนำไปประกอบการพัฒนาแผนการดูแลและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังไม่ได้พิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เช่น ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว เหตุการณ์รุนแรงที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจ สถานะ

ทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยทางพันธุกรรม รวมถึงระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ได้จากแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8Q ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการฆ่าตัวตายได้⁴⁹ เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่ไม่มีข้อมูลของตัวแปรดังกล่าว จึงควรมีศึกษาข้อมูลปฐมภูมิโดยการติดตามไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลของตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วน และเนื่องจากการศึกษานี้พิจารณาข้อมูลของพื้นที่จังหวัดชุมพรเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่นได้ การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรออกแบบการวิจัยเพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ

สรุป

อายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในจังหวัดชุมพร ได้แก่ การมีโรคประจำตัว จึงควรมีการพัฒนาแผนการดูแลและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและโรคเรื้อรังทางกาย ซึ่งจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรสำหรับการอนุเคราะห์แหล่งข้อมูลที่ใช้ศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Suicide: one person dies every 40 seconds [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2020 Aug 18]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- World Health Organization. Suicide rate estimates, estimates by country [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDE-ASDRv?lang=en>
- World Health Organization. Suicide rate estimates, estimates by WHO region [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGv?lang=en>
- World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
- World Health Organization. Mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2564 - 2565 [National suicide prevention strategy year 2021-2022] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พ.ค. 2566]. จาก: <https://suicide.dmh.go.th/download/files/แผนยุทธศาสตร์เล่มวางวันที่7.1.64.pdf>
- สมัย ศิริทองถาวร, สรรกมล กรนุ้ม, ศุภเสก วิโรจนภา, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สุวิมล อินทร์เชื้อ, เพชรลดา บริหาร, และคณะ. การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2656. [Evaluation research on the national suicide prevention strategy 2017 - 2022]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2566;31(1):64-78.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557) [Guidebook of depressive disorders surveillance and care: provincial level (revised edition III; 2014)] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2557 [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พ.ค. 2566]. จาก: <https://thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแบบประเมินคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย [Manual for screening people with suicidal behavior problems] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พ.ค. 2566]. จาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202301161330193317.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามจังหวัด [Report suicide rate per 100,000 population by province year] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2554 [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ส.ค. 2563]. จาก: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp?noyear=2555

11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย [Report on the number of suicides in Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2554 [สืบค้นเมื่อ 18 ส.ค. 2563]. จาก: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/>.
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการตรวจราชการ และนิเทศงาน ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [Documents for civil service inspection and supervision no. 1, fiscal year 2020]. ชุมพร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร; 2564.
13. Arunpongpaisal S, Assanagkornchai S, Chongsuvivatwong V, Jampathong N. Time-series analysis of trends in the incidence rates of successful and attempted suicides in Thailand in 2013-2019 and their predictors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):579. doi:10.1186/s12888-022-04125-5.
14. Song Y, Rhee SJ, Lee H, Kim MJ, Shin D, Ahn YM. Comparison of suicide risk by mental illness: a retrospective review of 14-year electronic medical records. *J Korean Med Sci*. 2020;35(47):e402. doi:10.3346/jkms.2020.35.e402.
15. Pompili M, Rihmer Z, Innamorati M, Lester D, Girardi P, Tatarelli R. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(1):109-36. doi:10.1586/14737175.9.1.109.
16. Doyle M, While D, Mok PL, Windfuhr K, Ashcroft DM, Kontopantelis E, et al. Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:106. doi:10.1186/s12875-016-0479-y.
17. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004;18(3):226-39. doi:10.1521/pedi.18.3.226.35445.
18. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย [Suicide prevention and reduce self harm in Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มิ.ย. 2566]. จาก <https://suicide.dmh.go.th/download/files/การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.pdf>
19. Lee J, Jang H, Kim J, Min S. Development of a suicide index model in general adolescents using the South Korea 2012-2016 national representative survey data. *Sci Rep*. 2019;9(1):1846. doi:10.1038/s41598-019-38886-z.
20. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):617-26. doi:10.1001/archpsyc.56.7.617.
21. Cheung YB, Law CK, Chan B, Liu KY, Yip PS. Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: risk attributable to hopelessness, depression, and social factors. *J Affect Disord*. 2006;90(2-3):193-9. doi:10.1016/j.jad.2005.11.018.
22. Fazel S, Wolf A, Larsson H, Mallett S, Fanshawe TR. The prediction of suicide in severe mental illness: development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). *Transl Psychiatry*. 2019;9(1):98. doi:10.1038/s41398-019-0428-3.
23. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(6):418-26. doi:10.1111/acps.12332.
24. Sawa M, Koishikawa H, Osaki Y. Risk factors of a suicide reattempt by seasonality and the method of a previous suicide attempt: a cohort study in a Japanese primary care hospital. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;47(6):688-95. doi:10.1111/sltb.12326.
25. Togay B, Noyan H, Tasdelen R, Uçok A. Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Res*. 2015;229(1-2):252-6. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.025.
26. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2019;242:111-22. doi:10.1016/j.jad.2018.08.054.
27. Suicide Prevention Resource Center. Risk and protective factors [Internet]. Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://sprc.org/risk-and-protective-factors/>.

28. Hawton K, Casanas ICC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):17-28. doi:10.1016/j.jad.2013.01.004.
29. ชิตชนก เรือนก้อน, สายฝน สังหาร, อรธรรมา ชื่นชม, ชราภรณ์ ผลิใบ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว [Factors associated with suicidal attempt in bipolar disorder patients]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2554;1:17-28.
30. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551 [The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2554;19(2):88-102.
31. วันรวี พิมพ์รัตน์, จินตนา กมลพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ [Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals]. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.* 2563;35(3):739-48.
32. Spijker J, de Graaf R, Ten Have M, Nolen WA, Speckens A. Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(5):513-21. doi:10.1007/s00127-009-0093-6.
33. เบลงฆาภรณ์ รุ่งแสง, สายสุตา โภชนาภรณ์. ความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้พยายามฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [Prevalence of suicide attempts among attempters and its associated factors]. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ.* 2563;15(3):190-4.
34. Doshi RP, Chen K, Wang F, Schwartz H, Herzog A, Asetline RH Jr. Identifying risk factors for mortality among patients previously hospitalized for a suicide attempt. *Sci Rep.* 2020;10(1):15223. doi:10.1038/s41598-020-71320-3.
35. Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008;337:a2205. doi:10.1136/bmj.a2205.
36. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Martinez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebria-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):163. doi:10.1186/s12888-017-1317-z.
37. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช [Multiple suicides among psychiatric adolescents]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2547;12(1):54-63.
38. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10.
39. World Health Organization. Mental disorders 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
40. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต [Access to mental health services] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พ.ค. 2566]. จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php/>.
41. อธิบ ตันอารีย์, นิตาตร แก้วพิลา, เบ็ญจา นิ่มนวล, เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, ลวิญญ์วิษณุพงศ์ ภูมิจัน, ณัฐพัชร์ สุนทโรวิทย์. การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย [Mental health service utilization and reason for not receiving service among individuals with mental disorders]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2560;25(3):175-86.
42. นพดล วาณิชฤดี, สุทธา สุปัญญา, ปทานนท์ ขวัญสนิท, นพพร ตันติรังสี, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทย จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตแห่งชาติ. [Duration of untreated period of psychiatric conditions in Thailand: results from the Thai national mental survey]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2563;28(1):72-85.
43. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol.* 2011;78(3):206-19. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.05.005.
44. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med.* 2012;366(14):1310-8. doi:10.1056/NEJMoa1110307.

45. Urban D, Rao A, Bressel M, Neiger D, Solomon B, Mileskin L. Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest*. 2013;144(4):1245-52. doi:10.1378/chest.12-2986.
46. Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):437-45. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00712.x.
47. Joshi P, Song HB, Lee SA. Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(3):352-8. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_282_16.
48. Hu X, Ma J, Jemal A, Zhao J, Nogueira L, Ji X, et al. Suicide risk among individuals diagnosed with cancer in the US, 2000-2016. *JAMA Netw Open*. 2023;6(1):e2251863. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.51863.
49. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบด้านจิตเวช [Psychiatric test] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ส.ค. 2563]. จาก: <https://dmh.go.th/test/>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ระหว่างเข้ารับบริการบริการเมทริกซ์โปรแกรม

วันรับ : 3 เมษายน 2566
วันแก้ไข : 15 สิงหาคม 2566
วันตอบรับ : 17 สิงหาคม 2566

มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์, พ.บ.
โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัด และ 2) เพื่อศึกษาอัตราการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนหลังเข้ารับบริการครบ 1 ปี

วิธีการ : การศึกษาแบบ exploratory retrospective cohort study ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มารับบริการจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เกณฑ์คัดออก คือ มีข้อมูลปัจจัยที่สนใจไม่ครบถ้วนหรือไม่มีผลตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ทะเบียนผู้มารับบริการเมทริกซ์โปรแกรม ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ทะเบียนการติดตามหลังรับบริการ และทะเบียนการติดตามหลังรับบริการของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดหนองคาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบของฟิชเชอร์ การทดสอบที และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 336 คน หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างเข้ารับบริการร้อยละ 80 ปัจจัยทำนายการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ได้แก่ การไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม (AOR = 29.9, 95% CI = 1.80 - 495.83) การใช้สารเสพติดอื่นร่วมเพียงชนิดเดียว (AOR = 7.0, 95% CI = 1.03 - 47.85) การไม่เคยเข้ารับการรักษาบำบัดมาก่อน (AOR = 2.0, 95% CI = 1.03 - 47.85) และการเข้ารับบริการครบตามโปรแกรม (AOR = 4.0, 95% CI = 2.2 - 7.41) โดยร่วมกันทำนายการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนได้พอสมควร (area under the ROC curve = 0.69) เมื่อติดตามหลังรับบริการครบ 1 ปี พบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ที่เข้าโปรแกรมครบยังคงหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน

สรุป : เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ควรให้การบำบัดสารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วมด้วย สืบสวนและร่วมกันแก้ปัญหาที่ทำให้กลับมารับการบำบัดซ้ำ รวมถึงมีมาตรการให้เข้ารับบริการครบถ้วนตามโปรแกรม

คำสำคัญ : การหยุดใช้สาร, ปัจจัยทำนาย, เมทริกซ์โปรแกรม, เมทแอมเฟตามีน

ติดต่อผู้นิพนธ์ : มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์; e-mail: wongjitratmonruedee@gmail.com

Original articles

Predictors of success in methamphetamine cessation during the Matrix program service

Received : 3 April 2023

Revised : 15 August 2023

Accepted : 17 August 2023

Monruedee Wongjitrat, M.D.

Nongkhai Hospital, Nongkhai Province

Abstract

Objective: 1) To identify predicting factors of success in methamphetamine (MA) discontinuation during the Matrix program and 2) to estimate the MA discontinuation rate one year after the program.

Methods: The exploratory retrospective cohort study was conducted among MA users entering the outpatient Matrix program service at Nongkhai Hospital from 1 January 2020 to 31 December 2021. The exclusion criteria were incomplete data or unavailable urine MA results. Data were collected from the electronic medical records, the register of the Matrix program service, the national narcotics treatment and rehabilitation data system, the registration of follow-up after receiving the Matrix program, and the registration of tracking after receiving the Matrix program of the Nongkhai provincial narcotics prevention and suppression office. Data were analyzed by using descriptive statistics, the Fisher's exact probability test, independent t-test, and multivariate logistic regression.

Results: Of 336 subjects, 80% stopped using MA during the Matrix program participation. Factors predicting the success of MA discontinuation during the program were absence of other substance use (AOR = 29.9, 95% CI = 1.80 - 495.83), co-use of another single substance (AOR = 7.0, 95% CI = 1.03 - 47.85), no previous treatment (AOR = 2.0, 95% CI = 1.03 - 47.85), and complete program participation (AOR = 4.0, 95% CI = 2.2 - 7.41). These factors altogether acceptably predicted MA discontinuation (area under the ROC curve = 0.69). When following up one year after the program, 56 percent of the subjects who complete the program retained MA discontinuation.

Conclusion: To increase the success in MA cessation, treatment should be emphasized on the co-use of other substances, problems that lead to relapse and re-enrollment of the Matrix program, and measures to enhance the program retention.

Keywords: Matrix program, methamphetamine, methamphetamine cessation, predictor

Corresponding author: Monruedee Wongjitrat; e-mail: wongjitratmonruedee@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการบำบัดการใช้สารเสพติดที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน และไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด

ความรู้ใหม่ : การไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม การใช้สารเสพติดอื่นร่วมเพียงชนิดเดียว การไม่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน และการเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรม เป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : บริการบำบัดรักษาผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนควรประกอบด้วย การบำบัดรักษาสารเสพติดอื่นที่เข้าร่วม การร่วมสำรวจถึงปัญหาที่ทำให้กลับมาใช้ซ้ำและให้การช่วยเหลือ รวมถึงการมีมาตรการให้เข้ารับบริการจนครบโปรแกรม เพื่อเพิ่มโอกาสในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่อง

บทนำ

เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เป็นสารเสพติดที่พบการใช้มากที่สุดในกลุ่มสารประเภทแอมเฟตามีน (amphetamine-type substance) และพบการใช้มากเป็นอันดับที่สองรองจากกัญชาในการใช้สารเสพติดทั่วโลก โดยพบว่าประชากรโลกมีการใช้เพิ่มขึ้นจาก 210 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 269 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2561 และมีผู้ใช้ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากกว่า 9.9 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยประมาณร้อยละ 1.7 ของประชากรอายุ 12 - 65 ปีมีการใช้เมทแอมเฟตามีนในช่วงชีวิต² โดยในปี พ.ศ. 2563 มีการจับกุมผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีนมากกว่า 120,000 ราย ในขณะที่ประเทศอื่นในอาเซียนมีผู้กระทำความผิดประมาณ 10,000 ราย และพบว่าประเทศไทยมีการรักษาผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนสูงสุดในอาเซียน³ จากข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2563 มีผู้รับการบำบัดยาเสพติด

แบบจิตสังคมบำบัดจำนวน 211,525 ราย โดยสารเสพติดที่ใช้ก่อนเข้ารับการบำบัดมากที่สุดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 77)⁴

การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดยาเสพติดที่มีการดำเนินการอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ เมทริกซ์โปรแกรม (Matrix program) ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโคเคนที่รุนแรงในรัฐแคลิฟอร์เนียตอนใต้ในช่วงทศวรรษที่ 1980 ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีรูปแบบและวิธีการที่ดีพอในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก จึงมีการพัฒนารูปแบบการบำบัดร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้บำบัดและนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส (UCLA) โดยใช้การบูรณาการแนวคิดพื้นฐานของการบำบัด 5 ประเภท ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) การส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวก (contingency management) หลักการ 12 ขั้นตอน (12 steps) และครอบครัวบำบัด (family therapy) ควบคู่กับผลการศึกษาด้านประสาทวิทยา โดยในช่วงแรกได้มีการพัฒนารูปแบบโดยการนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดโคเคน และได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยสารเสพติดประเภทต่าง ๆ เช่น เมทแอมเฟตามีน เฮโรอีน และแอลกอฮอล์ เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก มีการส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดทักษะการหยุดใช้ในระยะเวลาแรก รวมถึงสามารถป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สำหรับประเทศไทยหน่วยงานบำบัดผู้ติดยาเสพติดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 14 แห่งได้ศึกษาดูงานที่ Matrix Institute ประเทศสหรัฐอเมริกา และนำมาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543⁵ โดยสถาบันธัญญารักษ์ได้นำเมทริกซ์โปรแกรมมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยนอกระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นแห่งแรก จากนั้นมีการขยายผลรูปแบบการบำบัดในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั่วประเทศ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีบริการเมทริกซ์โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอก⁶ นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีประเทศอื่นที่ใช้เมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัด เช่น ญี่ปุ่น แอฟริกาใต้ และ

อิหร่าน⁷⁻⁹ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าเมทริกซ์โปรแกรมเป็นหนึ่งในการรักษาแบบไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการเลิก ลดการใช้ หรือลดความอยากสารในผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน¹⁰

การให้บริการเมทริกซ์โปรแกรมมีอุปสรรคสำคัญได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรมที่ค่อนข้างถี่และนาน จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ 1 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 16 สัปดาห์ มีผลกระทบต่อเวลา ค่าใช้จ่าย และเกิดอาการเบื่อหน่าย ส่งผลให้ผู้ผู้ใช้สารเสพติดอยู่ครบตามโปรแกรมร้อยละ 40.4 - 50.5 ใช้สารเสพติดระหว่างเข้ารับการรักษา ร้อยละ 26.8 - 68.8 แต่ในผู้ที่อยู่ครบตามโปรแกรมสามารถหยุดใช้สารเสพติดต่อเนื่องหลังเข้ารับการรักษา 1 ปีร้อยละ 83.4 - 91.2^{6,11-13} งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปใช้ซ้ำหลังเข้ารับการรักษา ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพหย่าหรือโสด และจำนวนครั้งที่เลิกสาร¹⁴ ในทางกลับกันปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหยุดใช้ได้ต่อเนื่องคือ การเข้ารับการรักษาที่ยาวกว่า¹⁵ ในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ามารับการบำบัดซ้ำ ได้แก่ เพศชาย ช่วงอายุ 18 - 29 ปี การศึกษาระดับมัธยมต้น การจำแนกเป็นผู้ติด สาเหตุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกเพราะอยากลอง และอายุที่เริ่มใช้เมทแอมเฟตามีนน้อยกว่า 18 ปี¹⁶⁻¹⁸

อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทยที่ผ่านมาใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการวัดผลสำเร็จของการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ที่ใช้สารที่มารับการบำบัดซ้ำแบบผู้ป่วยใน และไม่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด จึงควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนที่ครอบคลุมปัจจัยการบำบัดในระหว่างเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ให้การบำบัดในการวางแผนดูแลผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการหยุดใช้สารระหว่างการบำบัด

วิธีการ

การศึกษาแบบ exploratory retrospective cohort ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจัดการความรู้และศึกษาวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหนองคาย หมายเลขรับรอง 02/2566 วันที่ 31 มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มารับบริการจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 เกณฑ์การคัดออกคือ ข้อมูลปัจจัยทำนายที่สนใจไม่ครบถ้วน หรือไม่มีผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะในระหว่างเข้ารับบริการหรือระหว่างติดตามหลังรับบริการ

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปภายใต้สมมติฐานจากการศึกษานำร่อง (pilot study) ซึ่งทำโดยผู้วิจัย ในกลุ่มผู้มารับบริการเมทริกซ์โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 150 คน พบว่ากลุ่มที่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน และไม่หยุดใช้ระหว่างเข้ารับบริการ มีอัตราส่วน 4 : 1 พบความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนของกลุ่มที่หยุดใช้เฉลี่ย 1.9 ครั้ง/สัปดาห์ และกลุ่มไม่หยุดใช้ 2.7 ครั้ง/สัปดาห์ ใช้การทดสอบสองทาง (two sided test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 โดยมีสูตรดังนี้

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2/r)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_2 = rn_1$$

ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มที่หยุดใช้ 162 คน และไม่หยุดใช้ 42 คน รวมได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 204 คน โดยเลือกตัวอย่างทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเข้าสู่การศึกษา

การให้บริการเมทริกซ์โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 349 เตียง จากสถิติผู้มารับบริการที่แผนกจิตเวชและยาเสพติดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่า กลุ่มโรคที่มา

รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มโรคจิต กลุ่มโรคซึมเศร้า และกลุ่มโรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับการใช้เมทแอมเฟตามีนและความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้เมทแอมเฟตามีน โดยพบว่ากลุ่มโรคทางจิตเวชที่เป็นผลจากการใช้เมทแอมเฟตามีนและความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้เมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 90 ราย ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 787 ราย ในปี พ.ศ. 2563 ในขณะที่กลุ่มโรคจิตและกลุ่มโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มใกล้เคียงเดิม คือ ประมาณ 800 ราย

โรงพยาบาลหนองคายให้บริการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้เมทริกซ์โปรแกรมให้บริการโดยนักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดรวม 4 คน ผู้ให้บริการทั้งหมดผ่านการอบรมหลักสูตรเมทริกซ์โปรแกรมและปฏิบัติงานด้านการบำบัดสารเสพติดไม่น้อยกว่า 3 ปี สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนให้บริการวันจันทร์ - ศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ระหว่าง 14.00 - 16.00 น. ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที เป็นการบำบัดรายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 10 คน ให้บริการรวมทั้งหมด 18 ครั้งต่อคน โดยในครั้งที่ 1 (รับใหม่) มีการตกลงบริการ ทำสมุดบันทึกของผู้ใช้สารเสพติดแต่ละคน และสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน ในครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 17 มีการนัดมาบำบัด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จนครบ 16 สัปดาห์ จึงถือว่าเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรม มีการกำหนดหัวข้อในการบำบัดแต่ละครั้งตามคู่มือเมทริกซ์โปรแกรม ได้แก่ สมองติดยา/วงจรการใช้ยา/เทคนิคการหยุดความคิด เส้นทางการเลิกยา/ตัวกระตุ้นภายใน/ตัวกระตุ้นภายนอก/วิธีการจัดการตัวกระตุ้น อารมณ์/ความคิด/พฤติกรรมกับการเสพยา วิธีการจัดการกับอารมณ์ สุรา สารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปเสพยา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การทำงานหรือการทำตัวไม่ให้อ้างกับการเลิกยา แรงจูงใจในการเลิกยา พฤติกรรมทางเพศ และการเลิกยา การป้องกันการกลับไปเสพยา/ความไว้วางใจ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงที่ทำให้กลับไปเสพยา เป้าหมายและคุณค่าของชีวิต การป้องกันการกลับไปเสพยา/การหาเหตุผลในการกลับไปเสพยา-ไม่เสพยา ทักษะปฏิเสธ/การสร้างเพื่อนใหม่ และการฟื้นฟูสัมพันธภาพ (นัดหมายครอบครัว

มาร่วมด้วย) และในครั้งที่ 18 มีการสรุปการให้บริการ มอบเอกสารรับรองการบำบัดครบตามโปรแกรม และนัดหมายมาที่โรงพยาบาลในระบบสมัครใจหรือส่งต่อไปยังศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดหนองคาย (ศอ.ปส.จ.นค.) ในระบบบังคับบำบัดเพื่อติดตามหลังการบำบัด

ระหว่างและหลังการบริการเมทริกซ์โปรแกรมมีการติดตามผู้รับบริการ 7 ครั้งใน 1 ปี ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือนหลังรับบริการ โดยผู้รับบริการในระบบสมัครใจได้รับการติดตามโดยนัดหมายมาที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล ส่วนผู้รับบริการในระบบบังคับบำบัดได้รับการติดตามโดย ศอ.ปส.จ.นค. ใช้เกณฑ์การติดตามเดียวกัน โดยให้มารายงานตัวที่ศูนย์ฯ กรณีที่ไม่มาเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจะติดตามไปยังที่พักอาศัย

ตัวแปรต้น

ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา การมีอาชีพ และการอยู่อาศัย (คนเดียว/อยู่กับครอบครัว) ได้จากทะเบียนผู้มารับบริการเมทริกซ์โปรแกรมและระบบข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) โรงพยาบาลหนองคาย โดยสัมภาษณ์ผู้รับบริการโดยตรงและบันทึกข้อมูลโดยนักจิตวิทยาคลินิกหรือพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ตกลงบริการ

พฤติกรรมการใช้สาร ได้แก่ เหตุผลที่ใช้ อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก (ยกเว้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่) ระยะเวลาที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ปริมาณที่ใช้ (เม็ด/ครั้ง) ความถี่ที่ใช้ (ครั้ง/สัปดาห์) ความรุนแรงของการใช้ การใช้สารเสพติดอื่นร่วม การใช้บุหรี่ การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน ข้อมูลได้จากแบบรายงานบสต. ที่บันทึกข้อมูลโดยเจ้าพนักงานคุมประพฤติที่ได้รับมอบหมายในระบบบังคับบำบัด และแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V2 (ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติด) เมื่อถูกส่งมาบำบัดที่โรงพยาบาล

ระบบบำบัด แบ่งเป็น 1) ระบบบังคับบำบัด หมายถึง การเข้ารับการบำบัดที่ถูกดำเนินการควบคุมและจับกุมตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และ 2) ระบบสมัครใจ หมายถึง การสมัครใจมารับบริการด้วยตนเองหรือตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับ ยาเสพติด ข้อมูลได้จากทะเบียนผู้มารับบริการเมทริกซ์ โปรแกรมโรงพยาบาลหนองคายและ บคก.กสธ. V2

การเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรมได้แก่ จำนวนครั้งที่มารับบริการ (ระหว่าง 1 - 18 ครั้ง) และการรับบริการครบตามโปรแกรม (ครบ/ไม่ครบ) ข้อมูลได้จากทะเบียนการติดตามหลังรับบริการเมทริกซ์โปรแกรมโรงพยาบาลหนองคาย สัมภาษณ์และบันทึกโดยเจ้าหน้าที่ชุดเดิมของโรงพยาบาล และทะเบียนการติดตามหลังรับบริการจิตสังคมบำบัดของ คอ.ปส.จ.นค สัมภาษณ์และบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานประจำ คอ.ปส.จ.นค หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

ตัวแปรตาม

การหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ในระหว่างเข้ารับบริการ และ 2) ในระหว่างติดตามหลังรับบริการ 1 ปี ได้จากผลตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยในระหว่างเข้ารับบริการกำหนดให้ตรวจปัสสาวะทุก 1 เดือนโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำขวดบรรจุปัสสาวะที่ระบุชื่อ-นามสกุลส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการ จากนั้นเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเป็นผู้บันทึกผลลงในโปรแกรม HOSXP ส่วนในระหว่างการติดตามหลังรับบริการ ผู้รับบริการในระบบสมัครใจได้รับการตรวจปัสสาวะทุกครั้งที่มาตามนัดตามกระบวนการเดิม ส่วนผู้รับบริการระบบบังคับบำบัดได้รับการตรวจปัสสาวะและบันทึกผลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานประจำ คอ.ปส.จ.นค. หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (กรณีติดตามไปที่พักอาศัย) และบันทึกผลตรวจลงในทะเบียนการติดตามหลังรับบริการเมทริกซ์โปรแกรมของ คอ.ปส.จ.นค. โดยการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างเข้ารับบริการ หมายถึง ผลการตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลลบทั้ง

4 ครั้ง และการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างติดตามหลังรับบริการ 1 ปี หมายถึง ผลการตรวจเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะให้ผลลบทั้ง 7 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สาร และการบำบัด ระหว่างกลุ่มที่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนและไม่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนด้วย Fisher's exact probability test และ independent t-test และทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายกับการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนด้วยการวิเคราะห์ multivariate logistic regression นำเสนอขนาดของความสัมพันธ์ด้วย adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) โดยเลือกจากตัวแปรต้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการวิเคราะห์ univariate logistic regression

ผล

ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มารับบริการเมทริกซ์โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 - 31 ธันวาคม 2564 มีทั้งหมด 863 คน คัดออกตามเกณฑ์ 527 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 336 คน เป็นชาย 315 คน (ร้อยละ 93.8) หญิง 21 คน (ร้อยละ 6.3) อายุเฉลี่ย 30.1 ปี (SD = 11.1) อายุน้อยที่สุด 14 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี รายได้เฉลี่ย 7,158 บาท (SD = 4,159.7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 72.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.2) มุ่งานทำ (ร้อยละ 85.7) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 94.6) อายุเฉลี่ยที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก 20.3 ปี (SD = 8.4) ใช้เมทแอมเฟตามีนมานานเฉลี่ย 9.0 ปี (SD = 8.1) ส่วนใหญ่ใช้เพราะอยากลอง (ร้อยละ 61.9) ใช้เมทแอมเฟตามีนเฉลี่ย 1.6 เม็ด/ครั้ง (SD = 1.2) เฉลี่ย 2.1 ครั้ง/สัปดาห์ (SD = 1.7) ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม 2 ชนิด (ร้อยละ 65.2) ใช้บุหรี่ (ร้อยละ 82.7) ไม่ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 77.7) เป็นผู้เสพ (ร้อยละ 73.8) ไม่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน (ร้อยละ 65.8) เข้ารับบริการจากระบบ

บังคับบำบัด (ร้อยละ 87.2) มาเข้ารับบริการตามนัดเฉลี่ย 13.2 ครั้ง (SD = 6.5) มีผู้ที่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างเข้ารับบริการ 269 คน (ร้อยละ 80.0) เข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรมครบตามโปรแกรม 216 คน (ร้อยละ 64.3) การวิเคราะห์ด้วย Fisher’s exact probability test และ independent t-test พบว่า ปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนและไม่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน ได้แก่ ความถี่เฉลี่ยที่ใช้

เมทแอมเฟตามีนต่อสัปดาห์ โดยกลุ่มที่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนใช้เฉลี่ย 1.9 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่ไม่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนใช้เฉลี่ย 2.7 ครั้งต่อสัปดาห์ การเข้ารับบริการครบตามโปรแกรม โดยกลุ่มที่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีนเข้ารับบริการครบร้อยละ 69.9 ส่วนกลุ่มที่ไม่หยุดใช้เข้ารับบริการครบร้อยละ 41.8 และจำนวนครั้งที่มารับบริการตามนัด โดยกลุ่มที่หยุดใช้มารับบริการตามนัดเฉลี่ย 14.0 ครั้ง ส่วนกลุ่มที่ไม่หยุดใช้มารับบริการเฉลี่ย 10.0 ครั้ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สาร และการมารับบริการ

	หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 269)		ไม่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 67)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.153*
ชาย	255	94.8	60	89.5	
หญิง	14	5.2	7	10.5	
อายุ (ปี)					.378*
< 15 ปี	10	3.7	0	0.0	
15 - 21 ปี	60	22.3	18	26.9	
22 - 59 ปี	196	72.9	49	73.1	
≥ 60 ปี	3	1.1	0	0.0	
mean (± SD)	30.2 (± 11.4)		29.3 (± 9.6)		.547**
สถานภาพ					.701*
โสด	195	72.5	48	71.6	
หย่า, หม้าย	43	16.0	13	19.4	
คู่	31	11.5	6	9.0	
รายได้ (บาท/เดือน), mean (± SD)	7,174 (± 4,002)		7,094 (± 4,770)		888**
การศึกษา					.354*
ไม่ได้รับการศึกษา	2	0.7	0	0.0	
ประถมศึกษา	122	45.3	30	44.8	
มัธยมต้น	79	29.4	22	32.8	
มัธยมปลาย	36	13.4	9	13.4	
อนุปริญญา	29	10.8	4	6.0	
ปริญญาตรี	1	0.4	2	3.0	
การมีอาชีพ					.0947*
ว่างงาน	38	14.1	10	14.9	
มีอาชีพ	231	85.9	57	85.1	

ตารางที่ 1 การหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สาร และการมารับบริการ (ต่อ)

	หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 269)		ไม่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 67)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การอยู่อาศัย					.140*
อยู่คนเดียว	17	6.3	1	1.5	
อยู่กับครอบครัว	252	93.7	66	98.5	
เหตุผลที่ใช้					.436*
อยากลอง	164	61.0	44	65.6	
เพื่อนชวน	69	25.7	16	23.9	
ความสนุก	11	4.1	1	1.5	
ทำให้หายป่วย	4	1.5	1	1.5	
ไม่สบายใจ	7	2.5	0	0.0	
ช่วยงานอาชีพ	14	5.2	5	7.5	
อายุที่ใช้สารเสพติดครั้งแรก (ปี)					.988*
< 15 ปี	42	15.6	11	16.4	
15 - 21 ปี	161	59.9	40	59.7	
22 - 59 ปี	64	23.8	16	23.9	
≥ 60 ปี	2	0.7	0	0.0	
mean (± SD)	20.5 (± 7.4)		19.5 (± 8.6)		.326**
ระยะเวลาที่ใช้เมทแอมเฟตามีน (ปี), mean (± SD)	9.0 (± 7.2)		9.1 (± 8.3)		.924**
ปริมาณเมทแอมเฟตามีนที่ใช้ต่อครั้ง (เม็ด)					.327*
≤ 1 เม็ด	167	62.1	35	52.3	
2 เม็ด	73	27.1	23	34.3	
≥ 3 เม็ด	29	10.8	9	13.4	
mean (± SD)	1.6 (± 3.2)		1.6 (± 0.9)		.993**
ความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน					.511*
< 7 ครั้ง/สัปดาห์	258	95.9	63	94.0	
≥ 7 ครั้ง/สัปดาห์	11	4.1	4	6.0	
mean (± SD)	1.9 (± 1.5)		2.7 (± 2.1)		< .001**
ใช้สารเสพติดอื่นร่วม					.082*
ไม่ใช้ร่วม	16	5.9	1	1.5	
ใช้ร่วม 1 ชนิด	76	28.3	19	28.4	
ใช้ร่วม 2 ชนิด	175	65.1	44	65.6	
ใช้ร่วม 3 ชนิด	2	0.7	3	4.5	
บุหรี					.277*
ใช้	219	81.4	59	88.1	
ไม่ใช้	50	18.6	8	11.9	

ตารางที่ 1 การหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการเมทริกซ์โปรแกรม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สาร และการมารับบริการ (ต่อ)

	หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 269)		ไม่หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (n = 67)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์					.870*
ใช้	61	22.7	14	20.9	
ไม่ใช้	208	77.3	53	79.1	
ความรุนแรงของการใช้เมทแอมเฟตามีน					.487*
ผู้ใช้	3	1.1	0	0.0	
ผู้เสพ	201	74.7	47	70.2	
ผู้ติด	65	24.2	20	29.8	
เคยเข้ารับการรักษามาก่อน					.540*
ไม่เคย	174	64.7	47	70.1	
เคย 1 ครั้ง	64	23.8	11	16.5	
เคย 2 ครั้ง	20	7.4	5	7.5	
เคย ≥ 3 ครั้ง	11	4.1	4	5.9	
ระบบบำบัด					.413*
สมัครใจ	37	13.8	6	9.0	
บังคับบำบัด	232	86.2	61	91.0	
การเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัด					< .001*
ไม่ครบตามโปรแกรม	81	30.1	39	58.2	
ครบตามโปรแกรม	188	69.9	28	41.8	
จำนวนครั้งที่มารับบริการจิตสังคมบำบัด					< .001*
1 ครั้ง (รับใหม่)	10	3.7	4	5.9	
2 - 5 ครั้ง	26	9.7	17	25.4	
6 - 9 ครั้ง	21	7.8	14	20.9	
10 - 13 ครั้ง	20	7.4	5	7.5	
≥ 14 ครั้ง	192	71.4	27	40.3	
mean (± SD)	14.0 (± 5.9)		10.0 (± 7.4)		< .001**

* Fisher’s exact probability test, ** independent t-test

การวิเคราะห์ univariate logistic regression พบว่า การจบการศึกษาชั้นอนุปริญญา การไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม การใช้สารเสพติดอื่นร่วม 1 ชนิด การไม่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน และการเข้ารับบริการครบตามโปรแกรม มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการ เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุคูณด้วยวิธี multivariate logistic

regression พบว่า การไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม (AOR = 29.9, 95% CI = 1.80 - 495.83) การใช้สารเสพติดอื่นร่วมเพียงชนิดเดียว (AOR = 7.0, 95% CI = 1.03 - 47.85) การไม่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อน (AOR = 2.0, 95% CI = 1.03 - 47.85) และการเข้ารับบริการบำบัดครบตามโปรแกรม (AOR = 4.0, 95% CI = 2.2 - 7.41) เพิ่มโอกาสความสำเร็จการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ดังตารางที่ 2 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนได้พอสมควร (area under the ROC curve = 0.69) ดังแผนภาพที่ 1

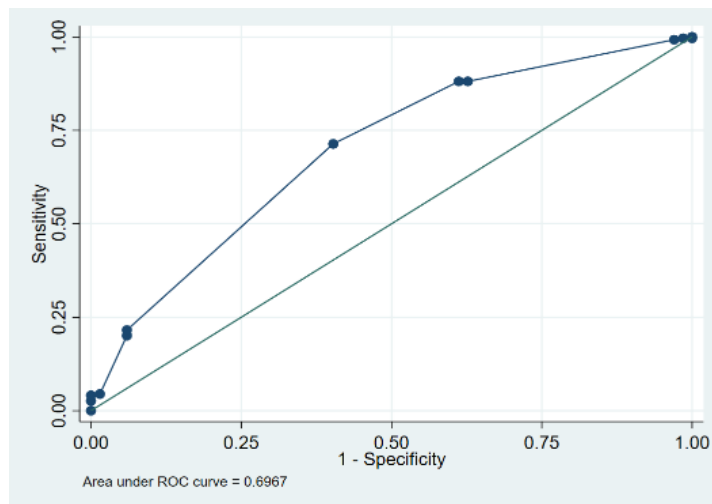
จากผู้ที่เข้ารับบริการครบตามโปรแกรม 216 คน เมื่อติดตามหลังเข้ารับบริการครบ 1 ปี พบว่า ยังคงหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน 121 คน (ร้อยละ 55.8) กลับไปใช้เมทแอมเฟตามีน 52 คน (ร้อยละ 20.3) และไม่สามารถติดตามได้ 44 คน (ร้อยละ 24.0) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมมีโอกาสหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนสำเร็จ 30 เท่า และผู้ที่ใช้สารเสพติดอื่นร่วมเพียง 1 ชนิดมีโอกาสหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนสำเร็จ 7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม 3 ชนิด การใช้เมทแอมเฟตามีนมักพบร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่นโดยพบได้สูงถึงร้อยละ 86¹⁹ โดยเฉพาะการใช้เครื่องเค็มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน (multivariable logistic regression)

	adjusted odds ratio	95% CI	p-value
ไม่ใช้สารเสพติดอื่นร่วม (เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ร่วม 3 ชนิด)	29.9	1.80 - 495.83	.018
ใช้สารเสพติดอื่นร่วมเพียงชนิดเดียว (เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ร่วม 3 ชนิด)	7.0	1.03 - 47.85	.046
ไม่เคยเข้ารับการรักษาบำบัดมาก่อน	2.0	1.03 - 47.85	.035
เข้ารับบริการครบตามโปรแกรม	4.0	2.23 - 7.41	< .001



แผนภาพที่ 1 area under the ROC curve

ตารางที่ 3 การติดตามการกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีนหลังรับบริการเมทริกซ์โปรแกรม 1 ปี

	จำนวน	ร้อยละ
หยุดใช้	121	55.8
กลับไปใช้ซ้ำ	44	20.3
ติดตามไม่ได้	52	24.0

ร่วมกับเมทแอมเฟตามีน จากการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อเปรียบเทียบกับวันที่ไม่ดื่มพบว่า วันที่ดื่ม และวันที่ดื่มหนัก (ดื่ม 4 - 5 ดื่มมาตรฐาน นานกว่า 2 ชั่วโมง) เพิ่มโอกาสการใช้เมทแอมเฟตามีนร่วม 4.2 และ 4.5 เท่าตามลำดับ²⁰ และยังพบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเมทแอมเฟตามีนทั้งในช่วงชีวิตและช่วง 18 เดือนที่ผ่านมาใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญ²¹ การทดลองในหนูที่ใช้เมทแอมเฟตามีนพบว่า หนูที่ใช้เอทานอลมีการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการใช้เมทแอมเฟตามีนภายใน 7 วันหลังจากใช้เอทานอล²² อาจเนื่องจากเอทานอลเสริมฤทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนในการทำให้ปริมาณสารโดปามีนและเซโรโตนินในสมองส่วน striatum และ prefrontal cortex ลดลงอย่างมาก²³ ทำให้เสียความสามารถในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงและการต่อต้านความอยากสาร (craving) ทำให้ง่ายต่อการกลับไปเสพซ้ำ²⁴ การศึกษาผลของการใช้บูหรืร่วมกับเมทแอมเฟตามีนในสัตว์ทดลองพบว่า หนูที่ได้รับนิโคตินซ้ำ ๆ มีพฤติกรรมกลับไปแสวงหาเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine reinstatement)²⁵

การไม่เคยเข้ารับการรักษาบำบัดมาก่อนเพิ่มโอกาสหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนสำเร็จ 2 เท่า การเข้ารับการรักษาบำบัดซ้ำอาจเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีน จากการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับการรักษาบำบัดพบว่า สิ่งที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือการรับรู้ว่าร่างกายมีความต้องการสารเสพติดและติดใจในฤทธิ์ของสารเสพติด^{26,27} ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้สะท้อนถึงความอยากสารทั้งความอยากสารและการติดสารอาจทำให้เพิ่มโอกาสกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีนในระหว่างที่เข้ารับการรักษาบำบัด

การเข้ารับบริการเมทริกซ์ครบตามโปรแกรมเพิ่มโอกาสหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนสำเร็จ 4 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาพร สายโน และคณะ¹² ที่พบว่า ผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่อยู่ครบโปรแกรมไม่ใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำ และผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับการรักษาบำบัดมีโอกาสเข้ารับการรักษาบำบัดไม่ครบตามโปรแกรมมากกว่าผู้ไม่ใช้ 3.5 เท่า

เมทริกซ์โปรแกรมเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดได้รับการบริการครบกลุ่ม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ใช้สารได้เรียนรู้วิธีรับมือกับสิ่งที่ต้องเผชิญในช่วงของการเลิกสาร การให้บริการประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มที่กำหนดหัวข้อในการบำบัดเพื่อให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังจากใช้สารเสพติด วงจรการใช้สารเสพติด ทักษะในการรับมือกับพฤติกรรม อารมณ์ และความอยากสาร ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การเรียนรู้กิจกรรมใหม่ ๆ และการกำหนดเป้าหมายในชีวิต โดยมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด ดังนั้นการเข้ารับบริการครบตามโปรแกรมจึงเพิ่มโอกาสการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีน

การศึกษานี้พบว่าร้อยละ 55.8 ของผู้ที่เข้ารับการรักษาบำบัดครบตามโปรแกรมยังคงหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนหลังรับบริการครบ 1 ปี ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของธัญญาพร สายโน และคณะ¹² ที่ใช้วิธีการติดตาม 1 ปีและประเมินผลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและการตรวจปัสสาวะเช่นกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 หยุดใช้เมทแอมเฟตามีน แต่ต่ำกว่าการศึกษาของสวัสต์ อุ่นใจ และคณะ¹¹ ที่ใช้ข้อมูลการติดตามที่บ้านทีไว้โน บสต. พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนสูงถึงร้อยละ 91.2 อาจเนื่องจากข้อมูลการติดตามที่บ้านทีไว้โน บสต. มีการติดตามทั้งแบบทางตรง เช่น การนัดให้มาที่สถานบำบัดหรือหน่วยงานและการลงเยี่ยมบ้าน และการติดตามแบบทางอ้อม เช่น การติดต่อทางโทรศัพท์และการติดต่อผ่านบุคคลอื่น (ผู้ปกครอง/นายจ้าง/อส.ม.) ซึ่งการติดตามแบบทางอ้อมประเมินผลการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนจากการรายงานด้วยตัวเองหรือจากผู้อื่น นอกจากนี้ในการศึกษานี้และการศึกษาของธัญญาพร สายโน และคณะ¹² มีกลุ่มตัวอย่างที่ติดตามไม่ได้ถึงร้อยละ 24 และ 77 ตามลำดับ ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่ากลุ่มที่ติดตามไม่ได้ยังคงหยุดใช้หรือกลับไปใช้ซ้ำ ในขณะที่การศึกษาของสวัสต์ อุ่นใจ และคณะ¹¹ สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ทุกคน ดังนั้นนอกจากปัจจัยทำนายที่พบในการศึกษานี้แล้ว วิธีการติดตามและประเมินผลยังอาจส่งผลต่ออัตราการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนหลังการบำบัดเช่นกัน

ข้อจำกัด

1. เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลที่บันทึกในช่วงปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ระบบ บสต. ไม่เสถียรทำให้ข้อมูลปัจจัยทำนายที่ต้องใช้จาก บสต. ไม่สมบูรณ์และมีตัวอย่างถูกคัดออกไปจำนวนมาก นอกจากนี้การประเมินการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนด้วยการตรวจปัสสาวะทำให้ตัวอย่างที่ไม่มีผลตรวจถูกคัดออก อาจทำให้เกิดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) โดยตัวอย่างที่มีผลตรวจปัสสาวะเป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งอาจมีแนวโน้มหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนได้สำเร็จ

2. การศึกษานี้สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังรับบริการบำบัดครบตามโปรแกรมได้ร้อยละ 76.1 ทำให้ไม่ทราบว่าตัวอย่างที่ติดตามไม่ได้สามารถหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนได้ต่อเนื่องหรือไม่ อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือผลการศึกษาเนื่องจากการศึกษาแบบ cohort ควรติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ไม่ต่ำกว่ากว่าร้อยละ 90²⁸

สรุป

เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการหยุดใช้ระหว่างเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัด ควรให้การบำบัดรักษาการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย สสำรวจและร่วมกันแก้ปัญหาที่ทำให้กลับมารับการบำบัดรักษาซ้ำ รวมถึงการมีมาตรการให้เข้ารับบริการครบตามโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.ส.เรืองศิริ ภาณุเวช กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลหนองบัวลำภูที่ให้คำปรึกษาด้านการออกแบบการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล และ น.ส.สิรินาม ลีอนาม ที่ติดต่อประสานงานข้อมูลการติดตามหลังเข้ารับบริการ 1 ปีของ ศอ.ปส.จ.นค. และนายไพฑูลย์ เสนานันท์ เจ้าหน้าที่ธุรการ สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดหนองคายที่ให้ข้อมูลในส่วนของการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลลงในระบบ บสต.

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2020. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime; 2020.
2. รัตมน กัลยาศิริ. การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช [Addiction and psychiatric complications]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
3. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. ASEAN drug monitoring report 2020. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2021.
4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) [National drug addiction treatment and rehabilitation information system]. นนทบุรี: ศูนย์; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ก.ย. 2565]. จาก: <https://antidrugnew-test.moph.go.th/>.
5. ภัทรภรณ์ กิรินทร์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, วันเพ็ญ ใจปทุม, บรรณธิการ. องค์ความรู้พื้นฐาน : การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบเมทริกซ์โปรแกรม [Basic Knowledge: outpatient drug and substance addicts rehabilitation treatment based on program Matrix model]. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์; 2563.
6. นริศรา งามขจรวิวัฒน์, สุนทรพจน์ ชูช่วย, สุพิศพร แก้วชื่น. การประเมิน การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบ ภาย จิต สังคมบำบัด (Matrix program) โรงพยาบาล ัญญารักษ์ปัตตานีปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2563 [Technology assessment of Matrix program in Thanyarak Pattani hospital, in 2019-2020]. ปัตตานี: โรงพยาบาลัญญารักษ์ปัตตานี; 2563.
7. Harada T. [The randomized controlled trial of the prison-based Japanese Matrix Program (J-MAT) for methamphetamine abusers]. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2012;47(6):298-307. Japanese.
8. Myers B, Koch J.R, Johnson K, Harker N. Factors associated with patient-reported experiences and outcomes of substance use disorder treatment in Cape Town, South Africa. Addict Sci Clin Pract. 2022;17(8) . doi:10.1186/s13722-022-00289-3.

9. Amiri Z, Mirzaee B, Sabet M. Evaluating the efficacy of Regulated 12-Session Matrix Model in reducing susceptibility in methamphetamine-dependent individuals. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(2):77-85.
10. AshaRani PV, Hombali A, Seow E, Ong WJ, Tan JH, Subramaniam M. Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2020;212:108060. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108060.
11. สวัสดิ์ อุ่นใจ, กิจวัช นาดวิไล, ญาธษา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัตร, มานพ คณะโต. การประเมินการใช้แมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน [Evaluation of matrix program on drugs abuse in hospitals under office of the permanent secretary: 7 province northeast]. *วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2560;5(4):661-81.
12. ัญญาพร สายโน, ปวีณา ลิ้มปิทีปรการ, อรุณ บุญสร้าง, ปณิตตา สุขุมาลัย, พลากร สืบสำราญ. ผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดประยุกต์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี [The effect of modified Matrix program for drug addiction treatment in Detudom royal crown prince hospital, Ubon Rachathani]. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. 2564;4(2):78-88.
13. อารี สุภาวงศ์. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง [The effectiveness of modified Matrix program drug treatment of Thungsong Hospital]. *พยาบาลสงขลานครินทร์*. 2559;36:160-9.
14. Nagy NES, Ella EIA, Shorab EM, Moneam MHEDA, Tohamy AA. Assessment of addiction management program and predictors of relapse among inpatients of the psychiatric institute at Ain Shams university hospital. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29(1):80. doi:10.1186/s43045-022-00246-5.
15. McKetin R, Kothe A, Baker AL, Lee NK, Ross J, Lubman DI. Predicting abstinence from methamphetamine use after residential rehabilitation: findings from the methamphetamine treatment evaluation study. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(1):70-8. doi:10.1111/dar.12528.
16. ศุภฤกษ์ นาคติลล. อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) [The study of incident rate with relapse use of methamphetamine at Princess Mother National institute on drug abuse treatment (PMNIDAT)]. *วารสารวิชาการยาเสพติด*. 2563;6(1):47-58.
17. สุกัญญา กาญจนบัตร. ศึกษาปัจจัยทำนายของการกลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้รับการบำบัดยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในประเทศไทย [Study on factors predicting for repeated methamphetamine among Drug Addiction Patient of Thanyarak hospital in Thailand]. *อุตรธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุตรธานี ร่วมกับมหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุตรธานี*; 2562.
18. ศิริลักษณ์ ปัญญา, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นกจันท์ ขาปลิก, สุกัญญา กาญจนบัตร, จริญญา มงคลสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการกลับมาเสพยาซ้ำของผู้กลับไปเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ [The relationship between personal factors, psychosocial factors, and environmental factors among repeated methamphetamine recurrence in Thanyarak hospital]. *พยาบาลสาร*. 2564;48(2):273-82.
19. Moeeni M, Razaghi EM, Ponnet K, Torabi F, Shafiee SA, Pashaei T. Predictors of time to relapse in amphetamine-type substance users in the matrix treatment program in Iran: a cox proportional hazard model application. *BMC Psychiatry*. 2016;16:265. doi:10.1186/s12888-016-0973-8.
20. Bujarski S, Roche DJ, Lunny K, Moallem NR, Courtney KE, Allen V, et al. The relationship between methamphetamine and alcohol use in a community sample of methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend*. 2014;142:127-32. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.06.004.
21. Saloner R, Paolillo EW, Umlauf A, Moore DJ, Heaton RK, Grant I, et al. Conditional effects of lifetime alcohol consumption on methamphetamine-associated neurocognitive performance. *J Int Neuropsychol Soc*. 2019;25(8):787-99. doi:10.1017/S1355617719000493.
22. Kline HL, Yamamoto BK. The effects of alcohol drinking on subsequent methamphetamine self-administration and relapse in adolescent female rats. *Behav Brain Res*. 2022;422:113771. doi:10.1016/j.bbr.2022.113771.

23. Blaker AL, Yamamoto BK. Methamphetamine-induced brain injury and alcohol drinking. *J Neuroimmune Pharmacol.* 2018;13(1):53-63. doi:10.1007/s11481-017-9764-3.
24. Volkow ND, Michaelides M, Baler R. The neuroscience of drug reward and addiction. *Physiol Rev.* 2019;99(4):2115-40. doi:10.1152/physrev.00014.2018.
25. Pittenger ST, Chou S, Barrett ST, Catalano I, Lydiatt M, Bevins RA. Nicotine- and cocaine-triggered methamphetamine reinstatement in female and male Sprague-Dawley rats. *Pharmacol Biochem Behav.* 2017;159:69-75. doi:10.1016/j.pbb.2017.07.003.
26. กลุณี หาญพัฒนชัยกร, เนาวรัตน์ เกษมพร, ภาสินี โทอินทร์, นวลละออง ทองโคตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษายาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด [Factors affecting the readmission of patients recovering from drug addiction]. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2564;15(2):1-12.
27. กัญญา ภูระหงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี [Factors affecting relapsing drug addicted patients in Pathumthani province]. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 2561;32(2):24-40.
28. ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์. ระบาดวิทยาและสถิติ [Epidemiology and statistics]. *พิชณโลก: มหาวิทยาลัยนครสวรรค์;* 2566.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของพยาบาล ที่ทำงานในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี

วันรับ : 2 มิถุนายน 2566

วันแก้ไข : 3 กันยายน 2566

วันตอบรับ : 5 กันยายน 2566

วิวัฒน์ สารพัฒน์, พ.บ.

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของพยาบาลที่ทำงานคัดกรองโรคโควิด 19 ในระหว่างการแพร่ระบาดใหญ่

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานคัดกรองผู้ป่วยโควิด 19 ที่โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) แบบวัดความวิตกกังวล (GAD-7) และแบบวัดความรู้สึกเครียด (PSS-10) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 119 คน อายุเฉลี่ย 37.9 ± 8.6 ปี อายุงานเฉลี่ย 15.6 ± 8.7 ปี มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 > 9 คะแนน) ความวิตกกังวล (GAD-7 > 9 คะแนน) และความเครียด (PSS-10 > 13 คะแนน) ในระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 5.9, 0.8 และ 61.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวล คือ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเครียด

สรุป : พยาบาลในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและมีภาวะเครียดในระดับปานกลาง ควรมีการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลที่ขาดหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย

คำสำคัญ : ความเครียด, วิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, พยาบาล, โควิด 19

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วิวัฒน์ สารพัฒน์; e-mail: wiwatpsymd@gmail.com

Original articles

Stress, anxiety and depression among registered nurses at the COVID-19 screening units (ARI clinic) in Ubon Ratchathani province

Received : 2 June 2023

Revised : 3 September 2023

Accepted : 5 September 2023

Wiwat Sarapat, M.D.

Sunpasitthiprasong Hospital,

Ubon Ratchathani Province

Abstract

Objective: To study the prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among frontline nurses during the COVID-19 pandemic.

Methods: A cross-sectional survey among registered nurses working in COVID-19 screening units in Ubon Ratchathani province was conducted during April 2021 - January 2022. The measurements consisted of a personal information form, the patient health questionnaire-9 (PHQ-9), the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7), and the perceived stress scale (PSS-10). Data were analyzed using descriptive statistics and linear regression analysis.

Results: The sample consisted of 119 participants with a mean age of 37.9 ± 8.6 years and a mean working experience of 15.6 ± 8.7 years. Moderate or severe depression (PHQ-9 > 9), anxiety (GAD-7 > 9), and stress (PSS-10 > 13) were reported by 5.9%, 0.8%, and 61.4% of the participants, respectively. The higher depression score was predicted by the lower number of family members. The higher anxiety score was predicted by a bachelor's degree's educational level. There were no fundamental factors affecting the stress score.

Conclusion: Most nurses had a mild level of depression and anxiety while having a moderate level of stress. There should be surveillance and prevention of mental health issues in poorly socially supported nurses.

Keywords: anxiety, COVID-19, depression, nurse, stress

Corresponding author: Wiwat Sarapat; e-mail: wiwatpsymd@gmail.com

ความรู้เดิม : สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์

ความรู้ใหม่ : พยาบาลด่านหน้าที่มีบทบาทในการคัดกรองโรคโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 5.9, 0.8 และ 61.4 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล คือ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ไม่พบปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและการลดผลกระทบทางด้านจิตใจเจ้าหน้าที่พยาบาลด่านหน้า โดยเฉพาะการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีการแพร่ระบาดไปทุกภูมิภาคทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่าโรคโควิด 19 มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic)¹ และยังคงมีการแพร่ระบาดเป็นระยะจนถึงปัจจุบัน ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ อย่างมาก^{2,3} เนื่องจากโรคสามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็วผ่านทางละอองฝอยจากร่างกายและการสัมผัสระหว่างบุคคล⁴

พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู และเป็นหนึ่งในบุคลากรด่านหน้าเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรค^{5,6} พยาบาลด่านหน้าต้องมีการสัมผัสผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระหว่างการให้บริการ ซึ่งส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้สูง^{7,8} พบว่าอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขเริ่มเพิ่มสูงขึ้นตามแนวโน้มการระบาดของโรคที่เพิ่มขึ้น⁹ นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พยาบาลด่านหน้าต้องมีการะงานในการทำงานที่เพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ ซึ่งต้องแบ่งภาระงานไปทำหน้าที่ในส่วนงานโรคโควิด 19 ในช่วงมีการระบาด อีกทั้งหลายคนก็มีภาระงานประจำและบทบาทหน้าที่อื่นใน

ครอบครัวและสังคมที่ต้องรับผิดชอบ ผลกระทบจากงานอาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลว่าตัวเองอาจเป็นต้นเหตุให้เกิดการติดเชื้อในครอบครัวหรือชุมชน และอาจส่งผลต่อความรู้สึกเป็นที่รังเกียจของคนในชุมชนที่ไม่เข้าใจและมองว่าพยาบาลอาจมีเชื้อโรคได้^{10,11} การศึกษาวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ในบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทั้งด่านหน้าและด่านหลังจากหลายประเทศพบว่า ความชุกของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียดอยู่ที่ร้อยละ 34.4, 31.8 และ 46.1 ตามลำดับ โดยพบว่าพยาบาลมีความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ¹² การศึกษาในช่วงการระบาดของโรค severe acute respiratory syndrome (SARS) และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 พบว่า การแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อพยาบาลที่รู้สึกว่าคุณมีความเสี่ยงสูงและไม่ปลอดภัย บางส่วนมีการลาออกจากระบบสาธารณสุข^{13,14} นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อยังส่งผลกระทบต่อพยาบาลในระยะยาวอันเนื่องมาจากการทำงานช่วงการแพร่ระบาดของโรคมีแนวโน้มต้องใช้เวลาในการจัดการที่ยาวนานกว่าจะนำไปสู่ชีวิตวิถีใหม่ (new normal)¹⁵

การแพร่ระบาดระลอกแรกช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ 2,000 - 3,000 คน แต่การระบาดระลอกต่อมาในช่วงกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงมกราคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อสูงถึง 17,953 คน¹⁶ ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบหกเท่าของช่วงแรก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่คัดกรองและให้การดูแลและดำเนินการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ การสำรวจโดยกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2563 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟร้อยละ 4.0, 4.8 และ 4.4 ตามลำดับ การสำรวจติดตามในช่วงการแพร่ระบาดระลอกสองในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขได้รับผลกระทบมากขึ้นตามปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น โดยมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟเพิ่มเป็นร้อยละ 5.0, 7.6 และ 9.1 ตามลำดับ¹⁷

จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโควิด 19 สะสมตลอดทั้งปี พ.ศ. 2564 จำนวน 22,535 คน เป็นอันดับที่ 27 ของประเทศ โดยมีผู้ป่วยรายวันมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศคือ 150 คนต่อวัน (สถิติเมื่อ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2654) นอกจากนี้ในช่วงเวลาดังกล่าวยังพบผู้ลักลอบเข้าเมืองจากประเทศกัมพูชาและลาว 276 คนและ 85 คน ตามลำดับ¹⁸ บ่งบอกถึงอุปสรรคของการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งจังหวัดอุบลราชธานียังประสบปัญหาอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข โดยพยาบาล 1 คนดูแลประชากร 406 คน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่พยาบาล 1 คนดูแลประชากร 353 คน¹⁹ ประกอบกับในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564²⁰ หน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีมีการปรับเปลี่ยนการให้บริการตามมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเข้มข้น มีการตั้งคลินิก acute respiratory infection (ARI) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยโดยมีแพทย์และพยาบาลเป็นบุคลากรด่านหน้าในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อส่งตรวจคลินิก PUI (patient under investigation) ต่อไป นอกจากนี้พยาบาลด่านหน้ายังมีบทบาทในการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการวัคซีน ซึ่งต้องมีการตรวจสอบและจัดสำรวจกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้วัคซีนถูกส่งตรงถึงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการเสริมสร้างความตระหนักรู้และการแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนทั่วไปในจังหวัด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้พยาบาลด่านหน้าในพื้นที่เกิดปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า พยาบาลในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 เกิดผลกระทบต่อจิตใจมากกว่าแพทย์ได้จากหน้าที่ที่รับผิดชอบในภาระงานที่ใกล้เคียงกัน²¹ การศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีในช่วงวิกฤติโควิด 19 พบว่า เพศและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

การศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่เป็นบุคลากรด่านหน้าจะทำให้มีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ระบบบริการไม่ขาดอัตรากำลังที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ของพยาบาลที่หน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 (คลินิก ARI) ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการและให้การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

วิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยให้ผู้ตอบกรอกคำตอบเองในแบบสอบถาม (self-administered questionnaire) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 012/64C เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2564 และเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ทำงาน ณ หน่วยคัดกรองโควิด 19 (คลินิก ARI) โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 317 คน (ตารางที่ 1) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบขนาดประชากร กำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{z^2 \times p(1 - p)}{1 + \frac{z^2 \times p(1 - p)}{e^2 N}}$$

โดยที่ z ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 1.96

p คือ ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข = 0.318¹²

N คือ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่คลินิก ARI ในจังหวัดอุบลราชธานี = 317

e คือ margin of error = 0.05

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 163 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาระบายทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัด

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลกระจายตามขนาดโรงพยาบาล

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนพยาบาลที่คลินิก ARI	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (1 แห่ง)	5	3
โรงพยาบาลทั่วไประดับ S (1 แห่ง)	10	6
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) (2 แห่ง)	38	21
โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) (2 แห่ง)	34	19
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) (15 แห่ง)	195	110
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) (5 แห่ง)	35	20
รวม	317	179

อุบลราชธานี จากเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นพยาบาลในหน่วยคัดกรองโควิด 19 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลในจังหวัดอุบลราชธานี และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ลาหรือติดภารกิจที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คัดเลือกตัวอย่างทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่เก็บผ่านระบบเว็บเพจที่สร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลแบบสอบถามโดยเฉพาะ ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่สามารถระบุถึงผู้ตอบแบบสอบถาม โดยบันทึกเพียงรหัสลำดับของตัวอย่างที่ได้จากการเรียงชื่อจากการสุ่มของทีมผู้วิจัยเพื่อนำไปกรอกในแบบสอบถามเท่านั้น ฐานข้อมูลถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ได้รับการดูแลความปลอดภัยโดยหน่วยงานคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่านคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือผ่านการสแกน QR code หรือ url address ซึ่งเข้าถึงได้เฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว เงินเดือน โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการรักษาทางจิตเวช จำนวนปีในการทำงาน และลักษณะการทำงาน

ส่วนที่ 2 การคัดกรองสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน patient health questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เกือบทุกวัน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5 - 9 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10 - 14 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างรุนแรง (15 - 19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20 - 27 คะแนน) การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินโดยวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าเท่ากับ .79²³

2. แบบประเมิน generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือเพื่อคัดกรองโรควิตกกังวล (generalized anxiety disorder) มี 7 ข้อ มีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (เกือบทุกวัน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความกังวลหรือมีอาการเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) มีความกังวลน้อย (5 - 9 คะแนน) มีความกังวลปานกลาง (10 - 14 คะแนน) และมีความกังวลรุนแรง (15 - 21 คะแนน) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .83²⁴

3. แบบประเมิน 10-item perceived stress scale (PSS-10) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดความรู้สึกเครียด มี 10 ข้อ ช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) ถึง 4 (บ่อยมาก) คะแนน

รวมอยู่ในช่วง 0 - 40 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มี ความเครียดหรือเครียดน้อย (0 - 13 คะแนน) มีความเครียด ปานกลาง (14 - 26 คะแนน) และมีความเครียดสูง (27 - 40 คะแนน) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค .85²⁵

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้น (linear regression analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์แยกเป็น 2 กรณี ดังนี้ 1) กรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรต่อเนื่อง เช่น อายุ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนปีในการทำงาน มีการตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) โดยค่าระดับความสัมพันธ์ .60 ขึ้นไป ($r \geq .60$) ถือว่าตัวแปรต้นมีสหสัมพันธ์กันเองในระดับสูงและใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) กรณีไม่พบสหสัมพันธ์กันเองในระดับสูงใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multivariate analysis) และ 2) กรณีที่ตัวแปรต้นเป็นตัวแปร กลุ่มหรืออันดับ เช่น เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เงินเดือน โรคประจำตัวทางกาย และประวัติการรักษาทางจิตเวช ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 179 คน ให้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน ลา หรือติดภารกิจที่ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ 60 คน สามารถเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลได้ 119 คน (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 113 คน (ร้อยละ 95.0) อายุเฉลี่ย 37.9 ปี (SD = 8.6) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 110 คน (ร้อยละ 92.4) สถานภาพสมรส 78 คน (ร้อยละ 65.5) โสด 33 คน (ร้อยละ 27.7) และหย่าหรือแยกกันอยู่

8 คน (ร้อยละ 6.7) มีบุตร 2 คน 43 คน (ร้อยละ 36.1) ไม่มีบุตร 41 คน (ร้อยละ 34.5) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน 37 คน (ร้อยละ 31.1) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน 21 คน (ร้อยละ 17.6) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน 20 คน (ร้อยละ 16.8) รายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน 60 คน (ร้อยละ 82.4) มีโรคประจำตัว 14 คน (ร้อยละ 11.8) มีประวัติการรักษาทางจิตเวช 3 คน (ร้อยละ 2.5) ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 15.6 ปี (SD = 8.7) ทำงานขึ้นเวรเข้าป่วยหรือตึก 93 คน (ร้อยละ 78.2) ทำงานเฉพาะเวรเช้า 26 คน (ร้อยละ 21.8) ดังตารางที่ 2

ความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ ความเครียด

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-9 พบว่า ตัวอย่างมีอาการเศร้าน้อย 17 คน (ร้อยละ 14.3) มีอาการเศร้าปานกลาง 6 คน (ร้อยละ 5.0) และอาการเศร้าค่อนข้างรุนแรง 1 คน (ร้อยละ 0.8) การคัดกรองความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน GAD-7 พบว่า ตัวอย่างมีความกังวลน้อย 24 คน (ร้อยละ 20.2) และกังวลปานกลาง 1 คน (ร้อยละ 0.8) การคัดกรองความเครียดด้วยแบบประเมิน PSS-10 พบว่า ตัวอย่างมีความเครียดปานกลาง 73 คน (ร้อยละ 61.3) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด

กรณีตัวแปรต้นต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาการทำงาน และตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนปัญหาสุขภาพจิต พบว่าตัวแปรต้นมีภาวะ multicollinearity ค่อนข้างสูง จึงใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (unstandardized beta: B) เท่ากับ $-.23$ ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม (คะแนนภาวะซึมเศร้า) ต่อหน่วยการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระ (จำนวนสมาชิกในครอบครัว) กล่าวคือ เมื่อมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คน ภาวะซึมเศร้าของตัวอย่างจะลดลง 0.23 คะแนน และมีค่าสัมประสิทธิ์

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 119)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	5.0
หญิง	113	95.0
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 37.94$, SD = 8.60, Min = 23, Max = 60	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	110	92.4
ปริญญาโท	9	7.6
สถานภาพสมรส		
โสด	33	27.7
สมรส	78	65.5
หย่าหรือแยกกันอยู่	8	6.7
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	41	34.5
มีบุตร 1 คน	31	26.1
มีบุตรมากกว่า 2 คน	46	36.1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	5	4.2
2 คน	13	10.9
3 คน	21	17.6
4 คน	37	31.10
5 คน	20	16.8
6 คน	12	10.1
7 คนขึ้นไป	11	2.5
เงินเดือน (บาท)		
10,001 - 15,000	8	6.7
15,001 - 20,000	21	17.6
20,001 - 25,000	30	25.2
มากกว่า 30,000	60	82.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	105	88.2
มี	14	11.8
ประวัติรักษาจิตเวช		
ไม่มี	116	97.5
มี	3	2.5
ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 15.56$, SD = 8.67, Min = 1, Max = 39	
ลักษณะการทำงาน		
เฉพาะเวรเช้า	26	21.8
ขึ้นเวรเช้าบ่ายดึก	93	78.2

ตารางที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 119)	ร้อยละ
ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า (PHQ-9)		
ไม่เศร้าหรือเศร้าเล็กน้อย	95	79.8
เศร้าน้อย	17	14.3
เศร้าปานกลาง	6	5.0
เศร้าค่อนข้างรุนแรง	1	0.9
เศร้ายุติ	0.0	0.0
ความวิตกกังวล (GAD-7)		
ไม่กังวลหรือกังวลเล็กน้อย	94	79.0
กังวลน้อย	24	20.2
กังวลปานกลาง	1	0.8
กังวลรุนแรง	0.0	0.0
ความเครียด (PSS-10)		
ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย	46	38.7
เครียดปานกลาง	73	61.3
เครียดสูง	0.0	0.0

การถดถอยมาตรฐาน (standardized beta: Beta) เท่ากับ .16 ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าต่อหน่วยการเปลี่ยนแปลงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยตัวแปรจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .40 และสามารถพยากรณ์คะแนนภาวะซึมเศร้า (adjusted R²) ได้ร้อยละ 16 และไม่มีตัวแปรต่อเนื่องใดที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ตัวแปรต้นแบบกลุ่มหรืออันดับ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระดับเงินเดือน สถานะภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติการรักษาจิตเวช และรูปแบบการขึ้นเวรต่อคะแนนปัญหาสุขภาพจิต ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .14 และสามารถพยากรณ์คะแนนความวิตกกังวลได้ร้อยละ 37 โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่จบปริญญาโท

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่ด่านหน้าในการให้บริการตรวจคัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อโควิด 19 และเป็นบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มใหญ่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้สูง⁵⁻⁸ จึงถือเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตที่เกิดจากการทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยภาพรวมการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 5.9, 0.8 และ 61.4 ตามลำดับ ขณะที่ข้อมูลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตช่วงการแพร่ระบาดรอบแรกในกลางปี พ.ศ. 2563 พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเครียดภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.0, 4.8 และ 4.4 ตามลำดับ และการสำรวจติดตามในช่วงการระบาดระลอกสองในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขได้รับผลกระทบจากปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น พบว่าความชุกของ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)^a ความวิตกกังวล (GAD-7) และความเครียด (PSS-10)^c

	ซึมเศร้า (PHQ-9) ^a				วิตกกังวล (GAD-7) ^b				เครียด (PSS-10) ^c						
	B	Beta	SE	t	p-value	B	Beta	SE	t	p-value	B	Beta	SE	t	p-value
ค่าคงที่	-2.53	3.28	.00	-7.77	.442	-3.53	2.62	.00	1.35	.180	11.24	7.25	.00	1.55	.124
เพศชาย (เปรียบเทียบกับเพศหญิง) ^m	1.38	1.31	.10	1.34	1.38	.44	1.02	.04	.67	.504	.28	2.90	.01	.02	.985
อายุ ^u	.10	.09	.28	-1.47	.145	.09	.07	.33	.06	.952	.06	.20	.07	.78	.440
ระดับการศึกษาปริญญาตรี (เปรียบเทียบกับการศึกษาปริญญาโท) ^m	2.54	1.13	.21	1.75	.083	2.79	.89	.30	2.63	.010	2.75	2.50	.11	1.61	.111
สถานภาพสมรส (เปรียบเทียบกับผู้ที่ มีสถานะโสดและหย่าร้าง) ^m	-.54	-.04	1.23	-.44	.662	1.07	.11	.95	1.13	.260	-.80	-.03	2.61	-.31	.759
สถานภาพโสด (เปรียบเทียบกับผู้ที่ มีสถานะสมรสและหย่าร้าง) ^m	-1.10	-.17	.65	-1.69	.094	.12	.02	.50	.24	.808	-2.11	-.15	1.39	-1.52	.131
จำนวนบุตร ^u	-.27	.38	-.08	-.56	.072	-.19	.30	-.07	-.07	.779	.35	.84	.05	-.01	.996
จำนวนสมาชิกในครอบครัว ^u	-.23	.16	-.14	-.23	.011	-.10	.13	-.08	-.16	.091	.13	.36	.04	.06	.544
เงินเดือนที่ได้รับ ^u	.04	.06	.07	-1.19	.237	.02	.05	.04	-1.97	.051	-.08	.14	-.06	-.86	.391
มีโรคประจำตัว ^u	.52	.91	.05	.60	.550	-.43	.71	-.06	-.17	.869	1.70	2.02	.08	.87	.384
มีประวัติรักษาทางจิตเวช ^m	2.36	1.83	.12	1.43	.154	1.76	1.43	.11	1.40	.164	1.70	4.03	.04	.48	.633
จำนวนปีในการทำงาน ^u	-.15	.09	-.42	-1.93	.055	-.12	.07	-.42	-.36	.717	-.03	.20	-.04	.55	.585
ลักษณะการทำงานเช้า (เปรียบเทียบกับการทำงานบ่าย) ^u	.12	.70	.02	.04	.972	.02	.56	.00	-.13	.900	-.62	1.54	-.04	-.68	.497

^a adjusted R² = .16, R = .40, F = 1.83, ^b adjusted R² = .14, R = .37, F = 1.56, ^c adjusted R² = .05, R = .22, F = .52,

^u = Univariate analysis, ^m = multivariate analysis

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.0, 7.6 และ 9.1 ตามลำดับ¹⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมานในบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทั้งด้านหน้าและด้านหลังจากหลายประเทศพบว่าความชุกของความวิตกกังวล ความเศร้า และความเครียดร้อยละ 34.4, 31.8 และ 46.1 ตามลำดับ¹² ความชุกของความเครียดในงานวิจัยนี้สูง เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันของลักษณะของการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ งานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มพยาบาลด้านหน้าและงานวิจัยในต่างประเทศศึกษาในบุคลากรด้านหน้าและด้านหลังรวมกัน จึงอาจเป็นเหตุผลที่ความชุกของความเครียดในกลุ่มพยาบาลด้านหน้าในงานวิจัยนี้สูงกว่าเล็กน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาโดยกรมสุขภาพจิตพบว่าความชุกของความเครียดแตกต่างกันมาก อาจเป็นผลจากหลายปัจจัย ประการแรก ประเทศไทยเริ่มได้วัคซีนเข็มหนึ่งในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และครบวัคซีนสามเข็มในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายแรกที่ได้วัคซีน อาจมีผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ ประการที่สอง การใช้เครื่องมือสำรวจมีความแตกต่างกัน กล่าวคืองานวิจัยนี้ใช้ PSS-10 ในการวัดระดับความเครียดของพยาบาล โดยนับกลุ่มที่มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงสูง ขณะที่การสำรวจของกรมสุขภาพจิตวัดระดับความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 และนับกลุ่มผู้มีเครียดสูงถึงสูงมากเท่านั้น และประการที่สาม การสำรวจของกรมสุขภาพจิตได้ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของการบริการด้านโควิด 19 จึงอาจเป็นผลให้มีความชุกแตกต่างกัน

งานวิจัยนี้พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีคะแนนภาวะวิตกกังวลสูงกว่าพยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของ Saedi และคณะ²⁶ พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทมีทักษะการจัดการปัญหาที่ดีกว่าระดับการศึกษาที่น้อยกว่า ซึ่งทักษะการจัดการปัญหาที่ดีช่วยให้สามารถจัดการอารมณ์

ความรู้สึกของตัวเอง สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังคงรักษาสุขภาพจิตที่ดีเอาไว้ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยพยาบาลที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากงานวิจัยในต่างประเทศซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนี้กับภาวะซึมเศร้า และงานวิจัยในกลุ่มพยาบาลที่ทำงานบริการเกี่ยวกับโควิด 19 ของ Koksal และคณะ²⁷ ที่พบว่า การอยู่กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบททางวัฒนธรรม งานวิจัยของจิราพร ชมพิบูล และคณะ²⁸ พบว่าสมาชิกครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความผูกพันทางอารมณ์ ความร่วมมือ และการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวมีสูงกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย จึงถือเป็นปัจจัยปกป้องของการเกิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพยาบาลที่มีความเครียดจากการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19

เนื่องจากผลการวิจัยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่คำนวณได้ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ผลที่น่าไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรโดยรวมได้ และการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจไม่เป็นตัวแทนของผลกระทบช่วงเวลาอื่น นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้ทำในจังหวัดอุบลราชธานี อาจไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้กับจังหวัดอื่น ๆ ได้ เนื่องจากผลกระทบจากการระบาดของโรคอาจแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนส่งเสริมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่อไป

สรุป

พยาบาลที่ให้บริการในหน่วยคัดกรองโรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ขณะที่ภาวะเครียดในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะวิตกกังวล คือ การศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจัยที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าคือ

จำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก ดังนั้นควรมีระบบเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาบุคลากรด่านหน้าที่ให้บริการในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ โดยเฉพาะผู้ที่ขาดหรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.นพ.จิรวัดน์ มุลศาสตร์ และคุณสุพจน์ สายทอง กลุ่มงานพัฒนาและส่งเสริมงานวิจัยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สำหรับการให้คำปรึกษาในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- Haileamlak A. The impact of COVID-19 on health and health systems. *Ethiop J Health Sci.* 2021;31(6):1073-4. doi:10.4314/ejhs.v31i6.1.
- Duden GS, Gersdorf S, Stengler K. Global impact of the COVID-19 pandemic on mental health services: a systematic review. *J Psychiatr Res.* 2022;154:354-77. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.08.013.
- Mallah SI, Ghorab OK, Al-Salmi S, Abdellatif OS, Tharmaratnam T, Iskandar MA, et al. COVID-19: breaking down a global health crisis. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2021;20(1):35. doi:10.1186/s12941-021-00438-7.
- World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Int J Nurs Stud.* 2020;111:103637. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103637.
- Ding S, Deng S, Zhang Y, Wang Q, Liu Z, Huang J, Yang X. Experiences and needs of front-line nurses during the COVID-19 pandemic: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Front Public Health.* 2022;10:805631. doi:10.3389/fpubh.2022.805631.
- Jang HY, Yang JE, Shin YS. A phenomenological study of nurses' experience in caring for COVID-19 patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(5):2924. doi:10.3390/ijerph19052924.
- Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during COVID-19 outbreak: a comparative study. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237303. doi:10.1371/journal.pone.0237303.
- Babamohamadi H, Davari H, Safari AA, Alaei S, Pordanjani SR. The association between workload and quality of work life of nurses taking care of patients with COVID-19. *BMC Nurs.* 2023;22(1):234. doi:10.1186/s12912-023-01395-6.
- Galletta M, Piras I, Finco G, Meloni F, D'Aloja E, Contu P, et al. Worries, preparedness, and perceived impact of Covid-19 pandemic on nurses' mental health. *Front Public Health.* 2021;9:566700. doi:10.3389/fpubh.2021.566700.
- Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(23):9096. doi:10.3390/ijerph17239096.
- Martin SD, Brown LM, Reid WM. Predictors of nurses' intentions to work during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic. *Am J Nurs.* 2013;113(12):24-31. doi:10.1097/01.NAJ.0000438865.22036.15.
- Shiao JS, Koh D, Lo LH, Lim MK, Guo YL. Factors predicting nurses' consideration of leaving their job during the SARS outbreak. *Nurs Ethics.* 2007;14(1):5-17. doi:10.1177/0969733007071350.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19 plan: C4] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กอง; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ม.ค. 2564]. จาก: <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/แผนฟื้นฟูจิตใจฉบับปรับปรุง.pdf>

16. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัมพเททรายสัปดาห์ ในรูปแบบ API [The situation of infected people with COVID-19 is updated weekly in API format] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ม.ค. 2564]. จาก: <https://COVID19.ddc.moph.go.th/>.
17. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลสุขภาพจิตคนไทย [Mental Health Check In] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ส.ค. 2566]. จาก:<https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash01>
18. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Coronavirus disease 2019 (COVID-19)] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ส.ค. 2566]. จาก: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/311264.pdf
19. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัดส่วนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร [Ratio of medical staff to population] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ส.ค. 2566]. จาก: http://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=60
20. สำนักงานสถิติจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2564 [Analysis of the situation of the epidemic of COVID-19, Ubon Ratchathani province, 2021]. พิมพ์ครั้งที่ 1. อุบลราชธานี: สำนักงาน; 2564.
21. Fang XH, Wu L, Lu LS, Kan XH, Wang H, Xiong YJ, et al. Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a Chinese explanatory study. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):34. doi:10.1186/s12888-020-02998-y.
22. คัคณานต์ วรรณรงค์, ชีระวุธ ธรรมกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะหมดไฟในการทำงานช่วงวิกฤติโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี [Association between social support and burnout syndrome during the COVID-19 crisis among public health workers in Ubon Ratchathani provincial administrative organization]. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*. 2565;20(1): 77-91.
23. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
24. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
25. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med*. 2010;4:6. doi:10.1186/1751-0759-4-6.
26. Saeedi M, Abedini Z, Latif M, Piruzhashemi M. Correlation between COVID-19-related health anxiety and coping styles among frontline nurses. *BMC Nurs*. 2023;22(1):238. doi:10.1186/s12912-023-01344-3.
27. Koksal E, Dost B, Terzi Ö, Ustun YB, Özdin S, Bilgin S. Evaluation of depression and anxiety levels and related factors among operating theater workers during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic. *J Perianesth Nurs*. 2020;35(5):472-7. doi:10.1016/j.jopan.2020.06.017.
28. จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุนทร, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, ดุชนันท์ คำมี. รายงานการวิจัย สัมพันธภาพในครอบครัวไทย [Research report Thai family relationship] [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ส.ค. 2566]. จาก: <https://aihd.mahidol.ac.th/resourcecenter/wp-content/uploads/2022/04/รายงานการวิจัย-สัมพันธภาพในครอบครัวไทย.pdf>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 : การศึกษาแบบผสมผสาน

วันรับ : 11 มิถุนายน 2566

วันแก้ไข : 12 กันยายน 2566

วันตอบรับ : 14 กันยายน 2566

ลลิกษิกา ศรีโรจนกุล¹, รัชฎาภากร ชัยวัง¹, ชบาไพโร โปธิ์สุยะ, ภ.ม.²,

อวิรุทธ์ อุ่นอารมย์, พ.บ.³, ชิดชนก เรือนก้อน, วท.ด.²

นักศึกษาชั้นปีที่ 6 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹,

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่², คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาความชุกและปัจจัยการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) และสำรวจประสบการณ์และผลกระทบจากการติดเชื้อในนักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด 19

วิธีการ : การวิจัยแบบผสมผสานในนักศึกษามหาวิทยาลัยในจังหวัดเชียงใหม่ที่ติดเชื้อโควิด 19 แบ่งเป็น ส่วนที่ 1 การศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ด้วยแบบคัดกรอง PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) ค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ PTSD ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก และส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และผลกระทบจากการติดเชื้อและการรักษาตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล : กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ 118 คน พบความชุก PTSD (PCL-5 \geq 31 คะแนน) ร้อยละ 14.4 (95% CI = 8.6 - 22.1) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิด PTSD ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย (AOR = 8.45, 95% CI = 1.32 - 54.07) ความรู้สึกผิดในการติดเชื้อ (AOR = 11.47, 95% CI = 1.23 - 107.37) ช่วงเวลาที่ติดเชื้อเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 เมื่อเทียบกับช่วงเมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 (AOR = 12.00, 95% CI = 1.84 - 78.21) การติตราทางสังคม (AOR = 12.54, 95% CI = 2.10 - 74.89) ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิด PTSD ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท เมื่อเทียบกับไม่เกิน 20,000 บาท (AOR = 0.08, 95% CI = 0.01 - 0.98) และการรับการรักษาในสถานพยาบาล (AOR = 0.05, 95% CI = 0.005 - 0.53) ตัวแบบสุดท้ายสามารถทำนาย PTSD โดยมีพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.94 (95% CI = 0.90 - 0.98) การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง 10 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความวิตกกังวลกับการติดเชื้อโควิด 19 โดยเฉพาะการเป็นสาเหตุของการติดเชื้อของบุคคลรอบข้าง และได้รับผลกระทบต่อร่างกายรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวัน

สรุป : นักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด 19 มี PTSD ร้อยละ 14.4 ผลการศึกษาช่วยระบุและคัดกรองนักศึกษาที่มีความเสี่ยงโดยมหาวิทยาลัยสามารถนำไปใช้วางแผนช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึงที่เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินที่คล้ายคลึงกันในอนาคต

คำสำคัญ : โควิด 19, นักศึกษามหาวิทยาลัย, โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : ชิดชนก เรือนก้อน; e-mail: chidchanok.r@cmu.ac.th

Original articles

Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in university students infected with COVID-19: a mixed method study

Received : 11 June 2023

Revised : 12 September 2023

Accepted : 14 September 2023

Laksika Srirojanakul¹, Ratsadakron Chaiwang¹,Chabaphai Phosuya, M.Sc. in Pharm.², Awirut Oon-arom, M.D.³,Chidchanok Ruengorn, Ph.D.²The 6th Years, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University¹,Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University², Faculty of Medicine, Chiang Mai University³

Abstract

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with post-traumatic stress disorder (PTSD) among university students with COVID-19 and to explore their experiences and consequences of the infection.

Methods: A mixed method among university students in Chiang Mai with COVID-19 infection was divided into two parts; 1) a cross-sectional analytical study using the PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) and multivariate logistic regression analysis for screening for PTSD and identifying associated factors 2) in-depth interviews with content analysis on experiences and consequences of the COVID-19 infection and treatment.

Results: Of 118 participants, 14.4% (95% CI = 8.6 - 22.1) met PTSD criteria (PCL-5 \geq 31). PTSD was more likely to develop among those with suicidal ideation (AOR = 8.45, 95% = 1.32 - 54.07), guilt for being infected (AOR = 11.47, 95% CI = 1.23 - 107.37), infection during January - April 2022 compared with April - December 2021 (AOR = 12.00, 95% CI = 1.84 - 78.21), and public stigma (AOR = 12.54, 95% CI = 2.10 - 74.89). PTSD was less likely to develop among those having household monthly income > 50,000 Baht compared with \leq 20,000 Baht (AOR = 0.08, 95% CI = 0.01 - 0.98) and receiving hospital-based treatments (AOR = 0.05; 95%CI 0.005 - 0.53). The last model had high accuracy in predicting PTSD, with the area under the ROC curve of 0.94 (95% CI = 0.90 - 0.98). In-depth interviews among 10 participants revealed that they experienced anxiety about contracting COVID-19, particularly concerning the possibility of transmitting the disease to their close ones. Additionally, COVID-19 had adverse effects on their physical health and daily life.

Conclusion: Approximately 14.4% of university students with COVID-19 has PTSD. Our findings have highlighted the associated factors of PTSD, which can be useful for university administrators to identify at-risk students and provide them timely assistance in the future related situations.

Keywords: COVID-19, mental health, PTSD, university students

Corresponding author: Chidchanok Ruengorn; e-mail: chidchanok.r@cmu.ac.th

ความรู้เดิม : โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) พบได้หลังจากบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง การแพร่ระบาดและการติดเชื้อโควิด 19 อาจส่งผลต่อการเกิด PTSD ได้เนื่องจากเป็นสถานการณ์ใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อในทุกมิติ ยังไม่พบการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการ PTSD ในนักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทย

ความรู้ใหม่ : นักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด 19 มี PTSD ร้อยละ 14.4 (95% CI = 8.6 - 22.1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน การเคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิดในการติดเชื้อ ช่วงเวลาที่ติดเชื้อ การติดตามทางสังคม และสถานที่รักษาโควิด 19 ตัวแบบสุดท้ายสามารถทำนายอาการเกิด PTSD โดยมีพื้นที่ใต้โค้ง 0.94 (95% CI = 0.90 - 0.98)

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ช่วยระบุนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อ PTSD เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปกำหนดความสำคัญในการออกแบบมาตรการและนโยบายที่มีความเหมาะสมเพื่อช่วยเหลือนักศึกษาได้อย่างทันที่

บทนำ

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 สถานการณ์โรคโควิด 19 มียอดผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกกว่า 700 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 6.9 ล้านราย¹ สำหรับประเทศไทย ช่วงการแพร่ระบาดในรอบที่ 3 เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 มีความรุนแรงมากกว่าทุกระยะที่ผ่านมา² และเป็นช่วงที่ WHO รายงานว่าประชาชนในช่วงอายุ 20 - 40 ปีมีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับหลาย ๆ ประเทศเช่นญี่ปุ่นที่พบผู้ติดเชื้อส่วนมากคือกลุ่มประชากรที่อายุต่ำกว่า 40 ปี³ และในสาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยมีความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่เชื้อ แม้ความรุนแรงไม่สูงและไม่แสดงอาการ พบแนวโน้มของการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น ๆ และสมาชิกในครอบครัวที่มี

ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น⁴ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 นอกจากกระทบปัญหาทางสุขภาพกายแล้วยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต หลักฐานจากการศึกษาการวิเคราะห์ห่อถักพบปัญหาทางจิตเวชร้อยละ 20 - 56 ของผู้ได้รับผลกระทบ⁵

โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) จากนิยามของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (American psychiatric association) หมายถึง สภาวะป่วยทางจิตใจหลังเผชิญเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง เช่น ภัยพิบัติ โรคระบาด ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน⁶ สามารถประเมินด้วยเครื่องมือ PTSD checklist for DSM5 (PCL-5)⁷ การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยในช่วงที่มีการบังคับใช้มาตรการควบคุมการแพร่ระบาด (locked-down) พบว่าร้อยละ 16.3 มีอาการแสดงของ PTSD โดยความชุกในกลุ่มที่ติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือความสัมพันธ์เป็นครอบครัวหรือบุคคลที่รัก ทั้งจากการที่บุคคลนั้นถูกสงสัยหรือมีการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19⁸ การเกิด PTSD ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและลดคุณภาพชีวิตในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย เช่น การขาดแรงจูงใจ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด และการแยกตัว⁹⁻¹¹ ผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดยังก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินชีวิต เช่น การเรียนออนไลน์ การกักตัว และการจัดการตนเองของนักศึกษา ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดอาการ PTSD และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้

การศึกษาเกี่ยวกับการเกิดอาการ PTSD ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในนักศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากต่างประเทศ หลักฐานเชิงประจักษ์ยังพบน้อยในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากอาการ PTSD มีความจำเพาะกับเหตุการณ์ที่สร้างความสะเทือนใจที่ก่อให้เกิดความสูญเสียที่อาจจะกระทบทันทีทันตั้งตัว เช่น ในกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความชุก

และระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 รวมทั้งสำรวจประสบการณ์และผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมจากการติดเชื้อเพื่อสะท้อนให้มหาวิทยาลัยรวมถึงผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มนี้ และนำข้อมูลไปจัดกลุ่มเสี่ยงและวางแผนเชิงนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ PTSD หากเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินที่ใกล้เคียงกันในอนาคต

วิธีการ

การศึกษาแบบผสมผสาน (explanatory mixed methods) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ PTSD ในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ได้รับการตรวจพบเชื้อโควิด 19 โดยวิธี real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) หรือ antigen test kit (ATK) ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์คัดออก คือ มีประวัติการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช คำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่างแบบ single proportion โดยใช้สัดส่วนจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ห่อภิมาณความชุก PTSD คือร้อยละ 22.6¹² กำหนดค่า alpha เท่ากับ 0.05 และความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 69 คน เพิ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 84 คน

การรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านโปรแกรม Survey monkey™ ซึ่งจำกัดการตอบได้คนละหนึ่งครั้ง ทำการสุ่มแบบสะดวก (accidental sampling) โดยประสานงานกับตัวแทนของนักศึกษาในแต่ละคณะและกระจายลิงก์ของแบบสอบถามไปยังแต่ละคณะและแต่ละชั้นปี

นอกจากนี้ยังส่งลิงก์ไปยัง social media platform ได้แก่ Facebook และ Line application ผ่านกลุ่มนักศึกษาในคณะต่าง ๆ ที่เป็นเครือข่ายและรู้จักกัน กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความยินยอมที่ปรากฏในแผ่นแรกของแบบสอบถามก่อนทำการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามออนไลน์ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีการศึกษา คณะที่ศึกษา พื้นที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน รายได้ครอบครัว จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการเล่นอินเทอร์เน็ต จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับต่อคืน ช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดและที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ประวัติโรคร่วมทางจิตเวช การรับรู้ทำให้คนในครอบครัวหรือคนรอบตัวติดเชื้อโควิด 19 การกักตัว และความรู้สึกผิดจากการติดเชื้อโควิด 19

ส่วนที่ 2 การประเมินอาการ PTSD โดยใช้แบบคัดกรอง PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83¹³ คำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ 0 ไม่เกิดขึ้นเลย, 1 เล็กน้อย, 2 พอประมาณ, 3 ค่อนข้างมาก และ 4 มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 80 คะแนน โดยใช้จุดตัด ≥ 31 คะแนนสำหรับการเกิด PTSD

ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้สึกเป็นตราบาป โดยใช้แบบคัดกรอง coronavirus disease 2019-public stigma scale (COVID-PSS) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85¹⁴ คำถามทั้งหมด 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ลำดับชั้น ดังนี้ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด, 2 เห็นด้วยน้อย, 3 เห็นด้วยปานกลาง, 4 เห็นด้วยมากและ 5 เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 40 คะแนน โดยใช้จุดตัด > 27 คะแนนสำหรับความรู้สึกเป็นตราบาป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความชุก PTSD ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ และค่าน้อยที่สุด - มากที่สุด วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด PTSD โดยใช้การวิเคราะห์สองขั้นตอน (two-stage analysis) ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์เชิงเดี่ยวด้วย univariate logistic regression นำเสนอเป็น crude odds ratio (OR) และช่วงค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) เลือกตัวแปรที่ให้ $p < .20$ ไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่สองด้วยการวิเคราะห์ multivariate logistic regression ใช้วิธีการสร้างตัวแบบ (model) ด้วยวิธี backward elimination นำเสนอเป็น adjusted odds ratio (AOR) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการเกิดอาการ PTSD ของตัวแบบสุดท้าย นำเสนอด้วยเส้นโค้ง receiver operating characteristic (ROC) ที่มีพื้นที่ใต้โค้ง (area under the ROC curve: AUC) อยู่ระหว่าง 0 - 1

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

เพื่อสำรวจประสบการณ์และผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัย เก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาเชิงปริมาณและยินยอมให้สัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมโดยให้หมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมลเพื่อติดต่อกลับ กำหนดจำนวนตัวอย่างจากการสัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)

การรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบต่อหน้าโดยผู้วิจัย ที่ห้องสโมสรนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือผ่านโปรแกรม Zoom ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมก่อนให้สัมภาษณ์หรือลงลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ในกรณีสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรม Zoom

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure questionnaire) สอบถามความรู้สึกเมื่อนึกถึงเหตุการณ์ช่วงติดเชื้อโควิด 19 ความรู้สึกและประสบการณ์ต่อการรักษาตัว การได้รับการปฏิบัติจากบุคลากร

ในสถานพยาบาล ความรู้สึกต่อตนเองและสังคม ณ ปัจจุบัน ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสาเหตุของความเครียดและความกังวล ผู้วิจัยจัดบันทึกพร้อมกับบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และบันทึกวีดิทัศน์ในกลุ่มที่สัมภาษณ์ผ่านโปรแกรม Zoom โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยแยกแยะคำให้สัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ความหมาย จากนั้นนำมาจัดกลุ่มและสรุปข้อค้นพบตามหัวข้อในกรอบตามวัตถุประสงค์ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 011/2565 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2565

ผล

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 158 คน ตอบไม่สมบูรณ์ 36 คน (ร้อยละ 22.8) มีประวัติการได้รับการรักษาทางจิตเวช 4 คน (ร้อยละ 2.5) เหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล 118 คน (ร้อยละ 74.7) เป็นเพศชายร้อยละ 51.7 อายุเฉลี่ย 21.43 ± 1.47 ปี ศึกษาในชั้นปีที่ 3 หรือ 4 ร้อยละ 42.4 คณะสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพร้อยละ 42.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 12,000 บาทร้อยละ 73.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาทร้อยละ 33.1 มีจำนวนชั่วโมงเรียนออนไลน์ต่อวันน้อยกว่า 6 ชั่วโมงร้อยละ 89.9 จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการเล่นอินเทอร์เน็ตต่อวันนอกจากการเรียนออนไลน์มากกว่า 3 ชั่วโมงร้อยละ 66.1 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 1 ครั้งร้อยละ 82.2 ปัจจุบันได้รับวัคซีนมากกว่า 3 เข็มร้อยละ 89.0 ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงเมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 ร้อยละ 39.0 เข้ารับการรักษาที่ hospital/home isolation ร้อยละ 63.6 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 6 คนร้อยละ 88.1 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับเชื้อโควิด 19 น้อยกว่า 3 คนร้อยละ 88.1 เคยมีประสบการณ์กักตัวร้อยละ 86.4 กักตัวที่โรงพยาบาลสนาม/หอพัก/

ห้องชุดร้อยละ 52.5 เคยมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 18.4 เคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 1.7 และมีการตีตราทางสังคม ร้อยละ 21.2 ดังแสดงในตารางที่ 1

การประเมิน PTSD ด้วยเครื่องมือ PCL-5 ได้ค่ามัธยฐาน 11.5 คะแนน พิสัยควอไทล์ 19 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 53 คะแนน โดยมี PTSD (PCL-5 \geq 31 คะแนน) 17 คนหรือร้อยละ 14.4 (95% CI = 8.6 - 22.1) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิด PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยมีความคิดฆ่าตัวตาย (AOR = 8.45, 95% CI = 1.32 - 54.07) ความรู้สึกผิดจากการติดเชื้อโควิด 19 (AOR = 11.47, 95% CI = 1.23 - 107.37) การได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 เทียบกับช่วงเมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 (AOR = 12.00, 95% CI = 1.84 - 78.21) การตีตราทางสังคม (AOR = 12.54, 95% CI = 2.10 - 74.89) ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิด PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท เทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่เกิน 20,000 บาท (AOR = 0.08, 95% CI = 0.01 - 0.98) และการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนาม เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาที่ hospitel/home isolation (AOR = 0.05, 95% CI = 0.01 - 0.53) ดังแสดงในตารางที่ 1 ตัวแบบสุดท้ายมีพื้นที่ใต้โค้ง (AUC) เท่ากับ 0.94 (95% CI = 0.90 - 0.98) ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการทำนายการเกิดอาการ PTSD ในระดับสูง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ทำการติดต่อกลับเพื่อทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมหลังจากทำแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 10 ราย เป็นเพศหญิง 8 คน เพศชาย 2 คน อายุอยู่ในช่วง 22 - 24 ปี โดย 7 คนได้รับการสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรม Zoom และอีก 3 คนได้รับการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา มีดังนี้

2.1 ความรู้สึกเมื่อนึกถึงเหตุการณ์ช่วงติดเชื้อโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากรู้สึกมีความวิตกกังวล นอกจากนี้

ยังได้รับผลกระทบต่อร่างกายและการใช้ชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกไม่อยากให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอีก” (นักศึกษาชาย อายุ 24 ปี ติดเชื้อช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565)

“ในช่วงที่เพิ่งหายจากการติดเชื้อครั้งแรก มักมีการนึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ และมีความรู้สึกผิดที่เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องใช้ระยะเวลาหลายเดือนกว่าที่ความรู้สึกจะกลับมาเป็นปกติ” (นักศึกษาชาย อายุ 22 ปี ติดเชื้อช่วงเมษายน พ.ศ. 2564 และกรกฎาคม พ.ศ. 2565)

“รู้สึกว้าหลังจากติดโควิด 19 มีความจำล้นลง และคิดไม่เป็นระบบ เมื่อเทียบกับก่อนติดโควิดต้องใช้ความพยายามในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากกว่าเดิม” (นักศึกษาหญิง อายุ 22 ปี ติดเชื้อช่วงตุลาคม พ.ศ. 2565)

มีตัวอย่างบางคนที่มีความรู้สึกเชิงบวก โดยมักเป็นผู้ที่มีอาการไม่รุนแรงหรือรู้สึกถึงการปฏิบัติตัวของคนรอบตัวที่เปลี่ยนไปในเชิงบวก จากคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกโชคดีที่ตอนติดไม่ได้มีอาการหนัก” (นักศึกษาหญิง อายุ 22 ปี ติดเชื้อช่วงเมษายน พ.ศ. 2564)

“ถ้าให้นึกย้อนกลับไป ก็ยังมีสิ่งดี ๆ ในช่วงเวลาที่เลวร้าย ตอนนั้นก็ได้อาการหนักมากด้วย” (นักศึกษาหญิง อายุ 23 ปี ติดเชื้อช่วงเมษายน พ.ศ. 2564 และสิงหาคม พ.ศ. 2565)

“พ่อกับแม่จะโทรมาหามากขึ้น คอยย้ำเตือนว่าเวลาจะไปเที่ยวข้างนอกที่ต้องไปพบเจอคนเยอะ ๆ ก็จะบอกให้ระวังตัว ใส่แมสก์อยู่เสมอ” (นักศึกษาชาย อายุ 24 ปี ติดเชื้อช่วงเมษายน พ.ศ. 2565)

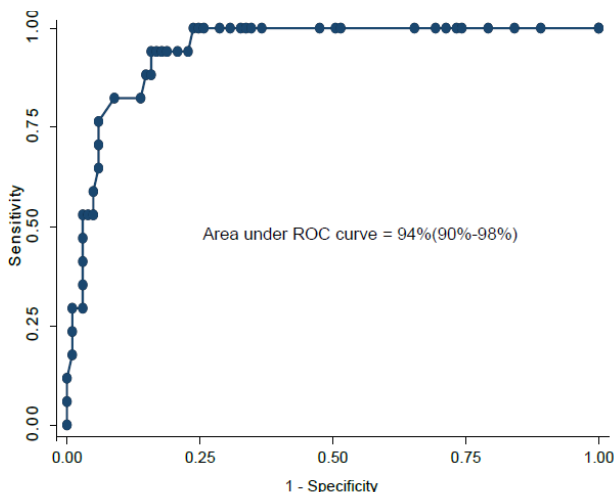
2.2 ความรู้สึกและประสบการณ์ต่อการรักษาตัว และการได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรในสถานพยาบาล ตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม ไม่ค่อยมีความกังวลเกี่ยวกับโรค เนื่องจากอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด ส่วนกลุ่มที่รักษาตัวที่บ้านมีความกังวลน้อย เนื่องจากอาการไม่รุนแรงและมีสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือ ขณะที่กลุ่มที่รักษาที่หอพักมี

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

	จำนวน (ร้อยละ)	PTSD		crude odds ratio (95% CI)	p-value	adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
		มี (n = 17)	ไม่มี (n = 100)				
เพศ							
ชาย	61 (51.7)	6 (9.8)	55 (90.2)	1.0			
หญิง	57 (48.3)	11 (19.3)	46 (80.7)	2.2 (0.8 - 6.4)	.150		
คณะที่กำลังศึกษา							
วิทยาศาสตร์/เทคโนโลยี	37 (31.4)	9 (24.3)	28 (75.7)	1.00			
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	50 (42.4)	4 (8.0)	46 (92.0)	0.3 (0.1 - 0.96)	.043		
มนุษยศาสตร์/สังคมศาสตร์	31 (26.3)	4 (12.9)	27 (87.1)	0.5 (0.1 - 1.7)	.240		
รายได้/เดือน (บาท)							
≤ 12,000	87 (73.7)	14 (16.1)	73 (83.9)	1.00			
> 12,000	31 (26.3)	3 (9.7)	28 (90.3)	0.6 (0.1 - 2.1)	.388		
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)							
≤ 20,000	12 (10.2)	4 (33.3)	8 (66.7)	9.2 (1.4 - 59.5)	.019	13.0 (1.0 - 166.0)	.048
20,001 - 30,000	17 (14.4)	4 (23.5)	13 (76.5)	5.7 (0.9 - 34.8)	.060	3.4 (0.2 - 50.1)	.378
30,001 - 40,000	23 (19.5)	4 (17.4)	19 (82.6)	3.9 (0.6 - 23.2)	.136	4.0 (0.3 - 58.4)	.316
40,001 - 50,000	27 (22.9)	3 (11.1)	24 (88.9)	2.3 (0.4 - 14.9)	.377	1.8 (0.2 - 20.1)	.618
> 50,000	39 (33.1)	2 (5.1)	37 (94.9)	1.00		1.00	
ชั่วโมงเรียนออนไลน์/วัน							
< 6	106 (89.9)	13 (12.3)	93 (87.7)	1.00			
≥ 6	12 (10.2)	4 (33.3)	8 (66.7)	3.6 (0.9 - 13.6)	.061		
ชั่วโมงนอนหลับ/คืน							
< 4	10 (8.5)	1 (10.0)	9 (90.0)	1.00			
4 - 7	98 (83.1)	14 (14.3)	84 (85.7)	1.5 (0.2 - 12.8)	.711		
8 - 12	10 (8.5)	2 (20.0)	8 (80.0)	2.2 (0.2 - 29.8)	.538		
ความคิดฆ่าตัวตาย							
เคย	22 (18.6)	9 (40.9)	13 (59.1)	7.6 (2.5 - 23.2)	< .001		
ไม่เคย	96 (81.4)	8 (8.3)	88 (91.7)	1.0			
ความพยายามฆ่าตัวตาย							
เคย	2 (1.7)	2 (100.0)	0 (0.0)	N/A	.020*	8.4 (1.3 - 54.1)	.024
ไม่เคย	116 (98.3)	15 (12.9)	101 (87.1)			1.00	

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด PTSD จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	PTSD		crude odds ratio (95% CI)	p-value	adjusted odds ratio (95% CI)	p-value	
		มี (n = 17)	ไม่มี (n = 100)					
ความรู้สึกรู้สึกผิดจากการติดเชื้อโควิด 19								
มี	10 (8.5)	3 (30.0)	7 (70.0)	2.9 (0.7 - 12.4)	.157	11.5 (1.2 - 107.4)	.033	
ไม่มี	108 (91.5)	14 (13.0)	94 (87.0)	1.0		1.00		
จำนวนครั้งที่ติดเชื้อโควิด 19								
ครั้งที่ 1	97 (82.2)	12 (12.4)	85 (87.6)	1.0				
ครั้งที่ 2	21 (17.8)	5 (23.8)	16 (76.2)	2.2 (0.7 - 7.2)	.184			
ช่วงเวลาติดเชื้อโควิด 19								
เม.ย. - ธ.ค. 2564	46 (39.0)	4 (8.7)	42 (91.3)	0.4 (0.1 - 1.4)	.167			
ม.ค. - เม.ย. 2565	17 (14.4)	6 (35.3)	11 (64.7)	4.5 (1.4 - 14.4)	.013	12.0 (1.8 - 78.2)	.009	
พ.ค. - ส.ค. 2565	29 (24.6)	4 (13.8)	25 (86.2)	0.9 (0.3 - 3.1)	.914			
ก.ย. - ธ.ค. 2565	34 (28.8)	3 (8.8)	31 (91.2)	0.5 (0.1 - 1.8)	.280			
สถานที่รักษาโควิด 19								
สถานพยาบาล/รพ./รพ.สนาม	51 (43.2)	1 (2.0)	50 (98.0)	15.7 (2.0 - 122.8)	.009	0.05 (0.01 - 0.53)	.013	
hospital/home isolation	75 (63.6)	16 (21.3)	59 (78.7)	11.4 (1.4 - 89.2)	.021			
จำนวนสมาชิกครอบครัว								
< 6 คน	104 (88.1)	16 (14.4)	95 (85.6)	1.0				
≥ 6 คน	14 (11.9)	1 (14.3)	6 (85.7)	1.0 (0.1 - 8.8)	.992			
คิดว่าตนเองเป็นเหตุให้สมาชิกในครอบครัวได้รับเชื้อโควิด 19								
ใช่	37 (31.4)	8 (21.6)	29 (78.4)	2.2 (0.8 - 6.3)	.138			
ไม่ใช่	16 (13.6)	9 (11.1)	72 (88.9)	1.00				
สถานที่กักตัว								
บ้าน	52 (44.1)	10 (19.2)	42 (80.8)	2.0 (0.7 - 5.7)	.191			
รพ.สนาม/หอพัก/ห้องชุด	62 (52.5)	11 (17.7)	51 (82.3)	1.8 (0.6 - 5.2)	.282			
การตีรทางสังคม (COVID-PSS)								
ใช่ (≥ 26 คะแนน)	25 (21.2)	8 (32.0)	17 (68.0)	4.4 (1.5 - 13.0)	.008	12.5 (2.1 - 74.9)	.006	
ไม่ใช่ (< 26)	93 (79.8)	9 (9.7)	84 (90.3)	1.00				



แผนภาพที่ 1 เส้นโค้ง receiver operating characteristic ของตัวแบบสุดท้ายในการแสดงความสามารถในการทำนายการเกิดอาการ PTSD

ความรู้สึกเบื่อหน่ายจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมเป็นเวลานาน

“บุคลากรในโรงพยาบาลปฏิบัติตัวกับเราดีมาก มีการให้คำปรึกษาเรื่องอาการของโรค การกินยารักษาโควิด มีการนำอาหารและน้ำมาให้ตรงเวลา เมื่อมีเรื่องสงสัยหรือเกิดปัญหา ก็สามารถสอบถามเจ้าหน้าที่หรือโทรไปปรึกษากับแพทย์ผู้ทำการรักษาได้” (นักศึกษาชาย อายุ 24 ปี ติดเชื้อช่วงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565)

ภายหลังสิ้นสุดการรักษาตัว มีบางคนที่ไม่สบายใจมากขึ้น โดยกล่าวว่า

“หลังจากที่เป็นรู้สึกไม่อยากกลับไปเป็นโควิดอีก เพราะช่วงนั้นก็รู้สึกว่าอาการแย่มาก เลยทำให้ไม่ค่อยไปในที่ที่คนพลุกพล่าน ที่ไหนที่คนเยอะ ๆ หรือคนแออัดก็จะพยายามเลี่ยงให้ได้มากที่สุด” (นักศึกษาชาย อายุ 24 ปี ติดเชื้อช่วงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565)

2.3 ความรู้สึกต่อตนเองและสังคม ณ ปัจจุบัน และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ตัวอย่างบางคนไม่กังวลและไม่ได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ในขณะที่บางคนมีความกังวลและมีความรู้สึกต่อตนเองและสังคมที่เปลี่ยนไป โดยส่วนมากพบในกลุ่มที่มีประวัติติดเชื้อ 2 ครั้งและประสบการณ์การติดเชื้อที่รุนแรง

“รู้สึกว่ามันก็ไม่ได้น่ากลัวขนาดนั้น ตอนแรกรู้สึกว่าถ้าติดโควิดมันจะรุนแรง แต่พอเราติดจริงอาการก็ไม่ได้รุนแรงอะไร” (นักศึกษาหญิง อายุ 23 ปี ติดเชื้อช่วงเมษายน พ.ศ. 2564)

“มีความกังวลใจและความรู้สึกเชิงลบบ้างเมื่อต้องเดินทางไปยังสถานที่ที่มีคนแออัดมาก ๆ แล้วรักษาหายมาก็รู้สึกรักตัวเองเยอะขึ้นมาก ๆ ไม่มองเรื่องสุขภาพว่าเป็นเรื่องเล่น ๆ อีกเลย เพราะไม่อยากเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาลอีก” (นักศึกษาชาย อายุ 24 ปี ติดเชื้อช่วงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565)

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลของนักศึกษาที่ติดเชื้อโควิด 19 ตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อมีความกังวลถึงความรุนแรง มี 1 คนที่คิดว่าตนเป็นสาเหตุให้เพื่อนร่วมหอพักติดเชื้อ จึงมีความกังวลถึงความรุนแรงในอาการของเพื่อน และมี 1 คนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับบิดาที่เผชิญภาวะวิกฤตที่ทำให้รู้สึกฝังใจ กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อ 1 ครั้งส่วนใหญ่ติดเชื้อในช่วงเมษายน พ.ศ. 2564 โดยมากมีความเครียดและกังวลถึงความรุนแรงของโรคจากข่าวสารที่รายงานยอดผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตทุกวัน รวมถึงผลกระทบจากการต้องหยุดเรียน ส่วนกลุ่มที่ติดเชื้อ 2 ครั้งขึ้นไปส่วนใหญ่กังวลในช่วงการติดเชื้อครั้งแรกเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาและมีความเครียดจากการถูกกักตัวในบริเวณแคบ

เป็นเวลานาน ขณะที่ในการติดเชื้อครั้งต่อมามากไม่มีความกังวล เพราะความรุนแรงของโรคลดลงจากครั้งแรกและวางใจจากการเข้าถึงการรักษา

“มีความกังวลโดยเฉพาะผู้สูงอายุว่าจะมีการดำเนินของโรคที่รุนแรง บางรายมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย” (นักศึกษาหญิง อายุ 22 ปี ติดเชื้อครั้งที่ 1 ช่วงสิงหาคม พ.ศ. 2564 และครั้งที่ 2 ช่วงพฤศจิกายน พ.ศ. 2564)

“รู้สึกเหมือนจะเป็นซึมเศร้า อยู่ในห้องแคบ ๆ ไม่ได้เจอใครแบบตัวต่อตัวเลย” (นักศึกษาหญิง อายุ 23 ปี ติดเชื้อครั้งที่ 1 ช่วงเมษายน พ.ศ. 2564 และครั้งที่ 2 ช่วงสิงหาคม พ.ศ. 2565)

วิจารณ์

การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 ครั้งนี้พบความชุกของ PTSD ร้อยละ 14.4 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาที่สำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบความชุกของ PTSD ร้อยละ 6.3 อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่มีกลุ่มอายุส่วนใหญ่ในช่วง 45 - 59 ปี¹⁵ แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาในนักศึกษาในเมืองอู๋ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนที่สำรวจในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบความชุก ร้อยละ 16.3⁸ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยมีความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้าในวัยรุ่นที่พบความสัมพันธ์ของอาการ PTSD โรคซึมเศร้า และพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการอธิบายถึงหลักฐานสนับสนุนทางชีวประสาทวิทยาจากหลายการศึกษา¹⁶ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง PTSD และการตีตราทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างสองปัจจัยนี้จากการติดเชื้อโควิด 19¹⁷ และสอดคล้องกับปัจจัยความรู้สึกลึกซึ้งจากการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีทิศทางไปในทางเดียวกันกับการตีตราทางสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโควิด 19 อาจมีความกลัวทั้งการเป็นสาเหตุของการกระจายเชื้อให้กับบุคคลใกล้ชิด ทำให้พบความสัมพันธ์กับอาการ PTSD ในระดับสูง¹⁷

กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อในช่วงเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 มีโอกาสเกิด PTSD เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับช่วงเวลาอื่น ทั้งนี้ในช่วงเวลาดังกล่าวมีการผ่อนปรนมาตรการ ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตในที่สาธารณะได้มากขึ้น จึงอาจเพิ่มโอกาสในการรับเชื้อ รวมถึงการเข้าถึงชุดตรวจ ATK ที่ง่ายขึ้นอาจเป็นผลให้มีโอกาสตรวจพบเชื้อมากขึ้น อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกผิดและอาจคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุให้บุคคลใกล้ชิดติดโรคโควิด 19 โดยเฉพาะรายที่บุคคลในครอบครัวเกิดความเสี่ยงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ช่วงเวลาดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สะสมมาจากการติดเชื้อในระลอกที่ผ่านมา รวมทั้งการต้องปรับวิถีชีวิต การเรียนออนไลน์ของนักศึกษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน¹⁸ จึงทำให้พบความสัมพันธ์กับ PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงมีความเสี่ยงในการเกิด PTSD ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁸ เหตุผลอาจเกิดจากการมีทางเลือกในการเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ทำให้ลดความกังวลในการได้รับการรักษาเมื่อเป็นโรคโควิด 19 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนามเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ลดความเสี่ยงการเกิด PTSD โดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เปิดโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับนักศึกษาและบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด 19 ในหอพักหญิง 5¹⁹ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเกี่ยวข้องกับความรู้สึกลดอดภัยและการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ⁸ ที่พบว่าปัจจัยหนึ่งนี้อาจส่งผลต่อการเกิดอาการ PTSD ในกลุ่มของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 คือการเผชิญกับการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์

การศึกษานี้ไม่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิด PTSD ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า¹⁰ อาจเกิดจากข้อจำกัดในการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของอายุน้อย ปัจจัยอื่นที่เพิ่มความเสี่ยงอาการ PTSD แม้ว่าไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติแต่ก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ได้แก่ เพศหญิง^{6,9-11,20,21} การเรียนออนไลน์มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน⁹ การเล่นเกมออนไลน์ตั้งแต่ 3 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไป¹⁰ และการรับรู้ ว่าตนเองเป็นสาเหตุให้ผู้อื่นติดเชื้อหรือการรู้สึกเป็นตราบาบ²² อาจเนื่องจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมเป็นเวลานาน และความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนน้อยลง ส่งผลต่อการเกิดความเครียดและความกังวลถึงการลุกลามของโรค นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการติดเชื้อ เช่น การต้องรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก⁶ การติดเชื้อที่มีความรุนแรง⁹ ความกังวลหรือความรู้สึกในเชิงลบต่อการติดเชื้อของคนในครอบครัวหรือคนรอบตัว¹⁰ รวมทั้งการไม่ได้ อยู่กับบุคคลดังกล่าวระหว่างเกิดเหตุการณ์หรือการรับรู้ ว่าชีวิตของตนและคนในครอบครัวอยู่ในอันตราย^{9,21} มีความสัมพันธ์กับการเกิด PTSD อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลปัจจัยดังกล่าวเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดมีอาการแสดงของการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงหรือมีอาการหนัก จนต้องส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลของความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด 19 ไม่หลากหลายเพียงพอ ซึ่งหากพบความหลากหลายของความรุนแรงของอาการติดเชื้อ อาจส่งผลต่อตัวแบบสุดท้ายของการทำนายการเกิด PTSD ได้

จุดแข็งของการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาหา ความชุกและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ PTSD ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งยังมี การศึกษาในประเทศไทยค่อนข้างน้อย และมีการรวบรวม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด PTSD โดยการทบทวนวรรณกรรมจากหลายแหล่งข้อมูล อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของ การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ อคติที่เกิดจากการจำได้ (recall bias) ซึ่งเป็นอคติที่สามารถเกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติของการถามข้อมูลย้อนหลัง ประวัติการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่เป็น เกณฑ์คัดออกในการศึกษานี้เป็นการรายงานของกลุ่มตัวอย่าง เองไม่ได้ใช้การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ทำให้อาจยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่า PTSD เกิดก่อนหรือเกิดหลัง การติดเชื้อโควิด 19 และอาจไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุ และผลระหว่างปัจจัยที่พบนัยสำคัญทางสถิติและ PTSD

ได้ชัดเจน ช่วงเวลาที่ศึกษาอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของ ช่วงเวลาอื่น ๆ เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นสถานการณ์ที่มีพลวัตสูง ผลการศึกษาจึงอาจเปลี่ยนแปลง ได้ในช่วงเวลาอื่น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีนักศึกษา คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์มากกว่าสัดส่วนจริงของประชากร เนื่องจากวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบบังเอิญทำให้ ผลการศึกษาอาจไม่เป็นตัวแทนของนักศึกษาทั้งมหาวิทยาลัย และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เกิด PTSD มีจำนวนน้อย อาจส่งผล ต่อความถูกต้องของการทดสอบความสัมพันธ์ในบางปัจจัย ซึ่งสังเกตได้จากช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง อาจทำให้ผลการศึกษา ที่ได้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้แน่ชัด จึงควรเพิ่มขนาด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาต่อไป ส่วนข้อจำกัดของการศึกษา เชิงคุณภาพ ได้แก่ หลังการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณมีกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความยินยอมเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกเพียง 10 คน อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลมีความอึดตัว กล่าวคือ หลังการ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนครบไม่พบว่ามีความใหม่แล้ว การสัมภาษณ์ประสบความสำเร็จและผลกระทบจากการติดเชื้อ โควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมทำให้ไม่สามารถ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการ PTSD นอกจากนี้ เป็นการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียวโดยไม่มีการตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้า จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง และประเด็นสัมภาษณ์ที่เฉพาะเจาะจงและเปรียบเทียบ ระหว่างผู้ที่มีและไม่มีอาการ PTSD จากข้อจำกัดเหล่านี้ จึงควรนำข้อสรุปของการศึกษานี้ไปใช้ด้วยความระมัดระวัง และควรยืนยันผลกับการศึกษาอื่น ๆ ต่อไป

สรุป

นักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ติดเชื้อโควิด 19 มีความชุก PTSD ร้อยละ 14.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การเกิด PTSD ได้แก่ การเคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด จากการติดเชื้อ ช่วงเวลาที่ติดเชื้อ การติตราทางสังคม รายได้ ครอบครัว และสถานที่รักษา ผลการศึกษาช่วยระบุให้นักศึกษา ที่มีความเสี่ยงต่อ PTSD เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปกำหนดความสำคัญ ในการออกแบบมาตรการและนโยบาย เพื่อคัดกรองและ

ประเมินอาการ PTSD ในนักศึกษาตามความเสี่ยงอย่างเป็นระบบและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันท่วงที และสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอดในกลุ่มประชากรอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. WHO Coronavirus dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://COVID19.who.int/>.
- วัชชีรานนท์ ทองเทพ. โควิด-19 : “นิวไฮ” ต่อเนื่อง ตัวเลขคนติด-คนตาย บอกระยะการระบาดในไทย [“New High” continue The number of people trapped and dead Tell us what about the outbreak in Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. ลอนดอน: บีบีซี นิวส์ ไทย; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2564]. จาก: <https://www.bbc.com/thai/thailand-57708265>
- World Health Organization. Virtual press conference on COVID-19 in the western pacific [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/news-room/speeches/detail/virtual-press-conference-on-covid-19-in-the-western-pacific>
- Fan C, Li M, Li X, Zhu M, Fu P. Who got infected with COVID-19? a study of college students in Wuhan (China). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2420. doi:10.3390/ijerph18052420.
- Boden M, Cohen N, Froelich JM, Hoggatt KJ, Abdel Magid HS, Mushiana SS. Mental disorder prevalence among populations impacted by coronavirus pandemics: a multilevel meta-analytic study of COVID-19, MERS & SARS. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;70:124-33. doi:10.1016/j.genhosppsy.2021.03.006.
- Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry*. 2014;59(9):460-7. doi:10.1177/070674371405900902.
- Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) - standard [measurement instrument] [Internet]. Washington DC: U.S. Department of veterans Affairs; 2013 [cited 2021 Jun 9]. Available from: <http://www.ptsd.va.gov/>.
- Li X, Fu P, Fan C, Zhu M, Li M. COVID-19 stress and mental health of students in locked-down colleges. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):771. doi:10.3390/ijerph18020771.
- Browning MHEM, Larson LR, Sharaievska I, Rigolon A, McAnirlin O, Mullenbach L, et al. Psychological impacts from COVID-19 among university students: risk factors across seven states in the United States. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245327. doi:10.1371/journal.pone.0245327.
- Tarsitani L, Vassalini P, Koukopoulos A, Borrazzo C, Alessi F, Di Nicolantonio C, et al. Post-traumatic stress disorder among COVID-19 survivors at 3-month follow-up after hospital discharge. *J Gen Intern Med*. 2021;36(6):1702-7. doi:10.1007/s11606-021-06731-7.
- Wintermann GB, Petrowski K, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J. Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Crit Care*. 2019;23(1):39. doi:10.1186/s13054-019-2321-0.
- Yuan Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, et al. Prevalence of post-traumatic stress symptoms and its associations with quality of life, demographic and clinical characteristics in COVID-19 survivors during the post-COVID-19 era. *Front Psychiatry*. 2021;12:665507. doi:10.3389/fpsy.2021.665507.
- Cheng P, Jasinski N, Zheng W, Yadava A, Wang L, Li L, et al. Psychometric properties of the primary care PTSD screen for DSM-5: findings from family members of Chinese healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12:695678. doi:10.3389/fpsy.2021.695678.

14. Nochaiwong S, Ruengorn C, Awiphan R, Ruanta Y, Boonchieng W, Nanta S, et al. Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(26):e20751. doi:10.1097/MD.00000000000020751.
15. ณัฐธิดา หน่อพันธ์, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, มาลี เกตแก้ว. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2566;31(1):12-21.
16. Sher L. The concept of post-traumatic mood disorder and its implications for adolescent suicidal behavior. *Minerva Pediatr*. 2008;60(6):1393-9.
17. Asim M, van Teijlingen E, Sathian B. Coronavirus disease (COVID-19) and the risk of post-traumatic stress disorder: a mental health concern in Nepal. *Nepal J Epidemiol*. 2020;10(2):841-4. doi:10.3126/nje.v10i2.29761.
18. Ruengorn C, Awiphan R, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Nochaiwong S; Health Outcomes and Mental Health Care Evaluation Survey Research Group (HOME-Survey). Association of job loss, income loss, and financial burden with adverse mental health outcomes during coronavirus disease 2019 pandemic in Thailand: a nationwide cross-sectional study. *Depress Anxiety*. 2021;38(6):648-60. doi:10.1002/da.23155.
19. ศูนย์สื่อสารองค์กรและนักศึกษาเก่าสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มข. ตั้งโรงพยาบาลสนามเชียงใหม่ 2 (หอ 5 หญิง มข.) รองรับนักศึกษาและบุคลากรที่ติดเชื้อโควิด-19 [CMU set up Sanam Chiang Mai Hospital 2 (Dorm 5, CMU Women) to accommodate students and staff infected with COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ศูนย์; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 ส.ค. 2566]. จาก: <https://cmu.ac.th/th/article/96e921c5-7f30-457a-9dc1-671a1dd69a2b>
20. เบญจพร ปัญญา, สุลินดา จันทระเสนา. ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ [Mental health problems among students in the area with continuous insurgency in the deep south of Thailand]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2552;17(1):1-11.
21. เบญจพร ปัญญา, รัชนิกร เอี่ยมผ่อง. อาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ [Mental health problems among children and adolescents affected by continuous insurgency in the deep south of Thailand]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2552;54(4):347-56.
22. Tang W, Hu T, Hu B, Jin C, Wang G, Xie C, et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *J Affect Disord*. 2020; 274:1-7. doi:10.1016/j.jad.2020.05.009.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า

วันรับ : 30 มกราคม 2566

วันแก้ไข : 19 กันยายน 2566

วันตอบรับ : 20 กันยายน 2566

ดุชนันท์ จีงศิริกุลวิทย์, พ.บ.¹, อมรา ธนศุภรัตน์, ร.บ.ม.²กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต¹,สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มในเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปีและพ่อแม่ผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มควบคุม 31 คู่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance promotion manual: DSPM) ในระบบปกติ กลุ่มทดลอง 40 คู่ได้รับการดูแลในระบบปกติร่วมกับโปรแกรม Thai Triple-P กลุ่มละ 10 - 15 คู่ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที วัดผลก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือนด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ DSPM แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 - 5 ปี ฉบับย่อ (สำหรับผู้ปกครอง) และแบบประเมินทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ฉบับ 32 ข้อ เปรียบเทียบสัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ chi-square เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test

ผล : ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 10.0 และ 6.5 ตามลำดับ ($p = 0.48$) ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ 42.9 และ 44.3 คะแนน ตามลำดับ ($p = 0.27$) และค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 111.7 และ 109.7 คะแนน ตามลำดับ ($p = 0.64$) หลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 90.0 และ 36.7 ตามลำดับ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ 48.6 และ 45.2 คะแนน ตามลำดับ ($p < .001$) ขนาดของผลลัพธ์ (effect size) 0.72 และค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย 128.7 และ 114.3 คะแนน ตามลำดับ ($p < .001$) ขนาดของผลลัพธ์ 1.29

สรุป : โปรแกรม Thai Triple-P สามารถส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า รวมทั้งส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองในระดับสูง

คำสำคัญ : ความฉลาดทางอารมณ์, เด็กปฐมวัย, โปรแกรมฝึกทักษะการดูแล, พัฒนาการล่าช้า, วินัยเชิงบวก

ติดต่อผู้พิมพ์ : ดุชนันท์ จีงศิริกุลวิทย์; e-mail: drdutsadee@gmail.com

Original articles

The effect of the Thai Preschool Parenting Program (Thai Triple-P) on development and emotional intelligence among children at risk of developmental delay

Received : 30 January 2023

Revised : 19 September 2023

Accepted : 20 September 2023

Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.¹, Amara Thanasuparatana, M.P.A.²

Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health¹,

Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health²

Abstract

Objective: To assess the effect of the Thai preschool parenting program (Thai Triple-P) on development and emotional intelligence in children at risk of developmental delay.

Methods: A quasi-experimental study was conducted among children aged 3 - 5 at risk of developmental delay and their parents in Chiang Mai Province. Thirty-one pairs of children and parents in the control group received routine developmental promotion following the developmental surveillance promotion manual (DSPM). Forty pairs of children and parents in the experimental group additionally received the Triple-P program, a group activity of four sessions for 10 - 15 pairs lasting 90 - 120 minutes each. Measurements before and one month after the experiment included the child development assessment form according to the DSPM, the emotional quotient (EQ) assessment form for children aged 3 - 5 years (parents version), and the 32-item preschool parenting practice scale. The percentages of children with age-appropriate development and average EQ and parenting skills scores were compared between groups using chi-square test and independent t-test, respectively.

Results: Before the experiment, the percentages of children with age-appropriate development in the experimental and control groups were 10% and 6.5%, respectively ($p = 0.48$). Their average EQ scores were 42.9 and 44.3, respectively ($p = 0.27$). Average parenting skills scores were 111.7 and 109.71, respectively ($p = 0.64$). After the experiment, the percentages of children with age-appropriate development in the experimental and control groups was 90% and 36.7%, respectively ($p < .01$). Their average EQ scores were 48.6 and 45.2, respectively ($p < .01$). The average parenting skills scores were 128.7 and 114.3, respectively ($p < .01$).

Conclusion: The Triple-P program could improve development and EQ among preschool children at risk of developmental delay, as well as parenting skills of their parents. Scaling up of the program in the public health system is applicable.

Keywords: developmental delay, emotional intelligence, parenting program, positive discipline, preschool children

Corresponding author: Dutsadee Juengsiragulwit; e-mail: drdutsadee@gmail.com

ความรู้เดิม : ปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการทำโดยการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM และสอนพ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยตนเอง พบว่ามีผู้ปกครองเพียง 1 ใน 3 ที่ใช้คู่มือ และการดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าตามระบบปกติยังขาดกิจกรรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ไม่มีการฝึกวินัย และผู้ปกครองยังไม่มีส่วนร่วมมากนัก

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะพ่อแม่ผู้ปกครองให้มีทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยร่วมกับส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ด้วยการสร้างวินัยเชิงบวก พบว่าพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าที่เข้าร่วมโปรแกรม Thai Triple-P เพิ่มเติมมีทักษะการดูแลมากขึ้น และเด็กมีพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกลุ่มที่รับบริการในระบบปกติอย่างเดียว ด้วยขนาดผลลัพธ์ระดับสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการควบคู่กับความฉลาดทางอารมณ์ด้วยการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าโดยพ่อแม่ผู้ปกครองมีส่วนร่วม และแนวทางการขยายผลไปใช้ในระบบสาธารณสุข

บทนำ

พัฒนาการเด็กปฐมวัย คือ ระดับความสามารถด้านความคิด อารมณ์ สังคม และกล้ามเนื้อของเด็กตั้งแต่ช่วงแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงก่อนอายุ 6 ปี จึงเป็นหน้าต่างแห่งโอกาส (windows of opportunity) ในการพัฒนาเด็ก เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สมองมีการพัฒนาศักยภาพสูงสุด ช่วยให้มีความสติปัญญา (intelligence quotient: IQ) เต็มศักยภาพ มีความพร้อมต่อการเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไป และเป็นปัจจัยปกป้องปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ในอนาคต² การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยในปี พ.ศ. 2542 - 2558 ด้วยเครื่องมือ DENVER-II โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 67.7 - 73.4³ สอดคล้องกับ

ผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยปี พ.ศ. 2559 ที่พบระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.2⁴ ในปี พ.ศ. 2560 สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือ DENVER-II พบเด็กพัฒนาการสมวัยร้อยละ 67.5 และพบว่า 1 ใน 5 อยู่ในกลุ่มสงสัยพัฒนาการล่าช้า⁵ ซึ่งหากไม่ส่งเสริมพัฒนาการให้เพียงพอจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์

กระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กครอบคลุมทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ภายใต้โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ มีเป้าหมายมุ่งเน้นให้เด็กไทยทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียม ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual: DSPM) ใน 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (gross motor: GM) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (fine motor: FM) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (receptive language: RL) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (expressive language: EL) และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (personal and social: PS) ตามช่วงอายุที่กำหนดคัดกรองทุกครั้งที่มาบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฝ้าระวังพัฒนาการเมื่อเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีการสอบถามและรับฟังพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้เลี้ยงดูเด็กถึงความกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก การชักประวัติพัฒนาการและสังเกตพฤติกรรมเด็กระหว่างรับบริการ และการประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพัฒนาการ การคัดกรองพัฒนาการเด็กทุกคนเมื่ออายุ 9 เดือน, 18 เดือน, 30 เดือน, 42 เดือน และ 60 เดือน ครั้งที่ 1 (DSPM1) ซึ่งตรงกับช่วงอายุที่มารับวัคซีน หากสงสัย

พัฒนาการล่าช้า บุคลากรสาธารณสุขจะให้ความรู้ในการกระตุ้นพัฒนาการและติดตามประเมินพัฒนาการหลังจากนั้น 1 เดือน การคัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุ 2 ปีแรกสามารถดำเนินการในคลินิกสุขภาพเด็กดีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนในช่วงอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปสามารถดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลด้วยเครื่องมือ DSPM ครั้งที่ 2 (DSPM2) หากยังพบพัฒนาการล่าช้าจึงส่งต่อเพื่อเข้ารับพัฒนาการบำบัดด้วยเครื่องมือ Thai early developmental assessment for intervention (TEDA4I) ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน⁶

อย่างไรก็ตาม ผลสำรวจในปี พ.ศ. 2561 พบว่า พ่อแม่ผู้ปกครองใช้เล่มคู่มือ DSPM เพียงร้อยละ 32.9 เท่านั้น⁷ สอดคล้องกับผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2017 ที่พบว่า เมื่อดำเนินมาตรการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 9 เดือน, 18 เดือน และ 30 เดือน ต่อเนื่องมาหนึ่งศตวรรษ มีพ่อแม่ผู้ปกครองเพียงร้อยละ 30.4 ที่คัดกรองพัฒนาการลูกด้วยตนเอง⁸ ปัญหาที่พบในพื้นที่คือ ผู้ปกครองของเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าไม่ยอมรับ ขาดความตระหนัก และไม่ให้ความร่วมมือส่งต่อ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง พ่อแม่ทำงานต่างจังหวัด และพ่อแม่ไม่ใช่คู่มือ DSPM⁹ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเด็กเข้ารับการพัฒนา เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจของพ่อแม่ผู้ปกครอง ความยากลำบากในการเดินทาง และทัศนคติต่อการเลี้ยงดู¹⁰ ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการและการสื่อสารกับผู้ปกครอง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญเนื่องจากผู้ปกครองเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อเนืองที่บ้าน เนื่องจากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านสังคมตามโปรแกรม DSPM นี้ยังขาดกิจกรรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ ไม่มีการฝึกวินัย และผู้ปกครองยังไม่มีส่วนร่วมมากนัก และการเชื่อมโยงระหว่างผู้ปกครองกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่มีกิจกรรมชัดเจน โดยเฉพาะในการดูแลเด็กพัฒนาการช้า เด็กปฐมวัยที่เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าและพ่อแม่ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องได้รับโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูที่พ่อแม่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มเติมจากการดูแลในระบบปกติตาม DSPM

งานวิจัยของ Peters และคณะ¹¹ พบว่า เด็กที่ผู้ปกครองที่มีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาให้แก่เด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ปกครองและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครองมากกว่าเด็กปฐมวัยที่ผู้ปกครองไม่มีส่วนร่วม งานวิจัยของ Engle และคณะ¹² ที่ศึกษาในประเทศรายได้ต่ำจนถึงปานกลางพบว่า พ่อแม่สามารถพัฒนาศักยภาพเด็กให้สูงขึ้นโดยได้ผลตอบแทนสูง อีกทั้งการมีแบบอย่างที่ดีและการใส่ใจมีอิทธิพลอย่างมากต่อพัฒนาการในช่วงปฐมวัย¹³ ในประเทศไทยพบว่า เด็กที่พ่อแม่ผู้ปกครองอ่านเล่านิทานให้ฟังมีโอกาสพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่พ่อแม่ผู้ปกครองไม่อ่านเล่านิทานหรืออ่านเล่านิทานไม่มีคุณภาพ¹⁴ เด็กที่ได้เล่นกับพ่อแม่ผู้ปกครองอย่างมีคุณภาพมีโอกาสมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้เล่นกับพ่อแม่ผู้ปกครองหรือเล่นอย่างไม่มีคุณภาพ และยังพบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ผู้ปกครองโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างมีคุณภาพมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่พ่อแม่ผู้ปกครองใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่มีคุณภาพหรือไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์¹⁵ การทบทวนโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กในปี ค.ศ. 2007 พบว่า โปรแกรมที่มีประสิทธิผลต้องจัดโดยตรงกับเด็กและครอบครัว มุ่งเน้นเด็กอายุน้อยกว่าและเด็กในกลุ่มชายขอบหรือขาดแคลน ทำในระยะเวลาที่ต่อเนื่องนานพอ เป็นโปรแกรมที่มีคุณภาพและความถี่สูง และสามารถบูรณาการกับงานด้านสุขภาพ โภชนาการ การศึกษา และบริการสำหรับครอบครัว ซึ่งต้องทำให้เกิดความครอบคลุม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อเด็กปฐมวัยตามเป้าหมาย¹⁶

ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quotient: EQ) เป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของตนเอง และปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขตามวัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย¹ โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าและเด็กที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร¹⁶⁻¹⁸ อย่างไรก็ตาม การสำรวจเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าเด็กไทยร้อยละ 23 ยังมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยพบปัญหาด้านความมุ่งมั่นพยายามและทักษะการแก้ไขปัญหาที่สูงสุด⁴

การส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์สามารถทำได้โดยการสร้างวินัยเชิงบวก ซึ่งเป็นการอบรมสั่งสอนเด็กโดยปราศจากความรุนแรงและเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของเด็ก ในฐานะผู้เรียนรู้ เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้เด็กประสบผลสำเร็จในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง¹⁹ การเลี้ยงดูที่เข้มงวดและควบคุมเด็กมากเกินไปมักส่งผลให้เด็กขาดความรับผิดชอบ ขณะที่การเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองที่ให้อิสระ โดยเปิดโอกาสให้เด็กเรียนรู้ความรับผิดชอบ คุณค่าทางสังคม และทักษะชีวิตสำหรับบทบาททางสังคม ในบรรยากาศที่มีความเมตตา ความมั่นคง การให้เกียรติ และการยอมรับ มักส่งผลให้เด็กมีการพัฒนาความรับผิดชอบ²⁰ การสร้างวินัยเชิงบวกประกอบด้วย การเสริมสร้างทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะทางสังคม และความฉลาดทางศีลธรรมและจริยธรรม²¹ การสร้างวินัยเชิงบวกและการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่เหมาะสมของพ่อแม่ผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นของเด็ก ในขณะที่การสร้างวินัยเชิงลบ เช่น การควบคุมทางจิตใจ การลงโทษที่ไม่สอดคล้องกับวัย และการลงโทษที่รุนแรงส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ที่ลดลงของเด็ก²²

จากการทบทวนผลการดำเนินงานและการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยไทย ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเลี้ยงดู ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการโดยการส่งเสริมความรู้ทักษะพ่อแม่ผู้ปกครองในการสร้างวินัยเชิงบวกตามช่วงวัยยังมีน้อย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ ในเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) กลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริม

พัฒนาการตามคู่มือ DSPM ในระบบบริการปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามคู่มือ DSPM ร่วมกับเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Preschool Parenting Program: Thai Triple-P) ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมพลังของ Gibson²³ ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ (behavioral theory)²⁴ และทฤษฎีการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ (attachment theory)²⁵ จัดทำเป็นโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง จากนั้นจัดทำร่างโปรแกรมและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นและผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กทบทวนและวิพากษ์ร่างโปรแกรม ก่อนปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมที่ผสมผสานหลักการเล่นตามแนวทางส่งเสริมพัฒนาการ DSPM ผ่านกิจกรรมการโอบกอดสัมผัสกันและการเล่านิทาน การเล่น การเดินตามเพลงประกอบ และการวาดรูป (กอด เล่า เล่น เดิน วาด) และจัดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง (experiential learning) ในกลุ่มผู้ปกครองแทนการสอนความรู้เพียงอย่างเดียว เพื่อเน้นให้พ่อแม่ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเด็กปฐมวัย โดยใช้ภาษาพูดหรือภาษาเขียนไม่มากเพื่อลดข้อจำกัดด้านความเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมที่หลากหลาย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ปกครองทุกครั้งที่สิ้นสุดแต่ละกิจกรรมเพื่อทบทวนประสบการณ์ที่จะนำกลับไปใช้ที่บ้าน

โปรแกรม Thai Triple-P เป็นกิจกรรมกลุ่มที่ประกอบด้วยเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก 10 - 15 คู่ เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน 4 ครั้ง ครั้งละ 90 - 120 นาที ห่างกันครั้งละ 2 - 8 สัปดาห์²⁶ โดยมีผู้ทำกิจกรรมกลุ่ม 2 คน ได้แก่ ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มซึ่งได้ผ่านการอบรมและซักซ้อมความเข้าใจจากนักวิจัยก่อนทดลองเป็นเวลา 2 วัน 13 ชั่วโมง และให้สาธิตการทำกิจกรรมเพื่อประเมินความถูกต้องตามรายการตรวจสอบโดยวิทยากร 3 คน การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งตามตารางที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี และพ่อแม่ผู้ปกครองที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอกัลยาณิวัฒนา

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P)

กิจกรรม	เป้าหมาย	รูปแบบกิจกรรม
ครั้งที่ 1 สร้างสายใย	เพื่อสร้างความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ผู้ปกครอง สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม และเสริมสร้างทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านการเล่นตามหลัก DSPM	1. เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ (10 นาที) 2. กิจกรรมกอดสร้างสุข (10 นาที) 3. กิจกรรมนิทานสร้างสรรค์ (30 นาที) 4. กิจกรรมวาดภาพสร้างจินตนาการ (15 นาที) 5. กิจกรรมเล่น เต้นสร้างความสนุก (10 นาที) 6. กิจกรรมสมาธิสร้างเสริมความสบายใจ (10 นาที) 7. สรุปทบทวน (15 นาที)
ครั้งที่ 2 สร้างวินัย	เพื่อสร้างทักษะการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง และ เสริมสร้างทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านการเล่นตามหลัก DSPM	1. เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ (10 นาที) 2. กิจกรรมกอดสร้างสุข (20 นาที) 3. กิจกรรมนิทานสร้างวินัย (30 นาที) 4. กิจกรรมศิลปะสร้างจินตนาการ (15 นาที) 5. กิจกรรมเล่น/เต้นสร้างความสนุก (10 นาที) 6. กิจกรรมสมาธิสร้างความสบายใจ (10 นาที) 7. สรุปทบทวน (15 นาที)
ครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1	เพื่อเสริมสร้างทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านการเล่นตามหลัก DSPM	1. เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ (10 นาที) 2. กิจกรรมกอดสร้างสุข (20 นาที) 3. กิจกรรมชมสร้างความภาคภูมิใจ (30 นาที) 4. กิจกรรมสร้างเด็กเก่ง (20 นาที) 5. กิจกรรมเล่น/เต้นสร้างความสนุก (10 นาที) 6. กิจกรรมสมาธิสร้างความสบายใจ (10 นาที) 7. สรุปทบทวน (15 นาที)
ครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2	เพื่อเสริมสร้างทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านการเล่นตามหลัก DSPM และสรุปผลการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม	1. เปิดกลุ่มสร้างสัมพันธ์ภาพ (10 นาที) 2. กิจกรรมกอดสร้างสุขและชมสร้างความภาคภูมิใจ (10 นาที) 3. กิจกรรมทิว เหนื่อย ร้อน หนาว ป่วย (20 นาที) 4. กิจกรรมหนึ่งภาพ 10 ชิ้น (20 นาที) 5. กิจกรรมสัตว์ เสื้อผ้า อาหาร ผลไม้ ของใช้ (20 นาที) 6. กิจกรรมเล่น เต้น สร้างความสนุก (10 นาที) 7. กิจกรรมสมาธิสร้างความสบายใจ (10 นาที) 8. สรุปทบทวน (15 นาที)

จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) สำหรับเด็ก ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 3 - 5 ปี ทุกคนที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ 2) สื่อสารด้วยการฟังและพูดได้โดยภาษาไทยหรือภาษาชาติพันธุ์ที่มีล่ามแปล สำหรับผู้ปกครอง ได้แก่ 1) มีบุตรหลานเป็นเด็กปฐมวัย

อายุ 3 - 5 ปี เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็ก และ 2) ฟังและพูดภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัยมีความพิการทางกาย ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ หรือ 2) เด็กปฐมวัยได้รับการวินิจฉัยโรคพัฒนาการล่าช้าชนิดรุนแรง ได้แก่ โรคพัฒนาการล่าช้ารอบด้าน (global delayed development: GDD) และกลุ่มอาการ

ออทิซึมสเปกตรัม (autism spectrum disorder: ASD) ซึ่งเป็นวินิจฉัยจากแพทย์ตามระบบปกติ

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยของพัชรา พุ่มพชาติ²⁷ ซึ่งศึกษาผลการใช้ชุดฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการสร้างวินัยเชิงบวกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวินัยในตนเองหลังการจัดกิจกรรมเท่ากับ 17.9 และ 11.8 คะแนนตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.36 และ 1.63 ตามลำดับ เมื่อนำมาแทนค่าในสูตรได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ครอบครัวต่อกลุ่ม รวมเป็น 52 ครอบครัว กำหนดอัตราการออกกลางคัน (drop out) ร้อยละ 30 หรือเท่ากับ 16 ครอบครัว ดังนั้นต้องมีกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 68 ครอบครัว

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบยกกลุ่ม (cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกอย่างง่ายจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 12 แห่ง ได้ 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองแดง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านเด่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนอนุบาลสันม่วง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดงสามหมื่น โดยเลือกทุกคนที่มารับบริการจนครบจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล

เครื่องมือที่ใช้ประเมินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ประกอบด้วย

1) แบบคัดกรองพัฒนาการตามคู่มือ DSPM พัฒนาโดยสมัย ศิริทองถาวร และคณะ²⁸ เป็นเครื่องมือวัดพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน รวม 116 ข้อ แบบคัดกรองมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (inter-observer reliability coefficient) มากกว่า 0.80 ความตรงเชิงเปรียบเทียบ (concurrent validity) เมื่อเทียบกับเครื่องมือวัดพัฒนาการ Denver-II พบว่ามีความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 96.0 และ 64.7 ตามลำดับ²⁵ ประเมินโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ โดยพัฒนาการสมวัย หมายถึง การมีพัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน หากไม่ผ่านด้านใดด้านหนึ่งให้สงสัยพัฒนาการล่าช้า

2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 - 5 ปี ฉบับย่อสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง พัฒนาโดยสมพร อินทร์แก้ว และคณะ²⁹ เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Likert scale) จำนวน 15 ข้อ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นเลย เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง และเป็นประจำ คิดคะแนนเป็น 1 - 4 คะแนน ตามลำดับ ในข้อ 1 - 13 และข้อ 15 ส่วนข้อ 14 เป็นคำถามด้านลบโดยคิดคะแนนกลับกัน แบ่งเป็น ความฉลาดทางอารมณ์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านดี (ข้อ 1 - 5) ด้านเก่ง (ข้อ 6 - 10) และด้านสุข (ข้อ 11 - 15) แปลผลคะแนนโดยเทียบกับเกณฑ์ปกติความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) โดยความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง มีคะแนนด้านดี ≤ 10 คะแนน ด้านเก่งและสุข ≤ 12 คะแนน และมีคะแนนรวม ≤ 37 แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89²⁹

3) แบบประเมินทักษะการสร้างวินัยและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามในงานวิจัยของคำพวง ห่อทอง³⁰ เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 หัวข้อตามโปรแกรม Thai Triple-P จำนวน 32 ข้อ 5 ระดับ แสดงความถี่ในการแสดงพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ คิดคะแนนเป็น 1 - 5 คะแนนตามลำดับ แบบประเมินผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยการหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ด้วยการหาค่า index of congruence (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านเด็กและวัยรุ่น และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยแบบประเมินมีค่า IOC ระหว่าง 0.50 - 1.00

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กที่มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงตรง (reliability) ด้วยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะผู้เลี้ยงดู และระดับการศึกษา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

เปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างกลุ่มโดยเปรียบเทียบสัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ chi-square และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ร้อยละ 95

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ รหัส 27/2561 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2561 จากนั้นจึงทำหนังสือขออนุญาตนายองค์การบริหารส่วนตำบลแม่แดดและตำบลบ้านจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กัลยาณิวัฒนา และโรงพยาบาลกัลยาณิวัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กที่มีอาการของโรคพัฒนาการล่าช้ารุนแรงได้รับการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามระบบและถูกคัดออกจากการศึกษา กลุ่มควบคุมทุกคนได้เข้าร่วมโปรแกรม Thai Triple-P หลังสิ้นสุดการทดลอง

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 76 คู่ เข้าร่วมโปรแกรมครบ 71 คู่ (ร้อยละ 93.4) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คู่ (ร้อยละ 56.3) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านหนองแดง บ้านเด่น และโรงเรียนอนุบาลสันม่วง กลุ่มควบคุม 31 คู่ (ร้อยละ 43.7) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านดงสามหมื่น กลุ่มตัวอย่างเด็กเป็นเพศชาย 46 คน (ร้อยละ 64.8) เพศหญิง 25 คน (ร้อยละ 35.2) อายุเฉลี่ย 4 ปี พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นเพศหญิง 64 คน (ร้อยละ 90.1) เพศชาย 7 คน (ร้อยละ 9.9)

เป็นพ่อแม่ 52 คน (ร้อยละ 73.2) เป็นญาติผู้เลี้ยงดูหลัก 19 คน (ร้อยละ 26.08) ระดับการศึกษาประถมศึกษา 21 คน (ร้อยละ 29.6) มัธยมศึกษาตอนต้น 18 คน (ร้อยละ 25.35) มัธยมศึกษาตอนปลาย 21 คน (ร้อยละ 29.58) อนุปริญญา/ปวส. 7 คน (ร้อยละ 9.9) และปริญญาตรี 4 คน (ร้อยละ 5.6)

พัฒนาการ

ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของเด็กพัฒนาการสมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (p = 0.48) หลังการทดลอง เด็กในกลุ่มทดลองมีสัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ดังตารางที่ 2 ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเด็กพัฒนาการสมวัยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

ความฉลาดทางอารมณ์

ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (p = 0.27) หลังการทดลอง เด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเด็กกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) มีค่าความแตกต่าง (mean difference) เท่ากับ 1.47 ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยมีขนาดของผลลัพธ์อยู่ในระดับใหญ่ (effect size = 0.72) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (p = 0.64) หลังการทดลอง ผู้ปกครองใน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลด้านพัฒนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน (กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 31 คน)

ผล	จำนวน (ร้อยละ) ก่อนทดลอง			จำนวน (ร้อยละ) หลังทดลอง		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
พัฒนาการสมวัย	4 (10.0)	2 (6.5)	.48	36 (90.0)	19 (61.3)	< .01
สงสัยพัฒนาการล่าช้า	36 (90.0)	29 (93.5)		4 (10.0)	12 (38.7)	

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยสูงกว่าผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) มีค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.99 ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยมีขนาดของผลลัพธ์อยู่ในระดับใหญ่มาก ($effect\ size = 1.29$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรม Thai Triple-P มีสัดส่วนพัฒนาการสมวัยและคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่รับบริการส่งเสริมพัฒนาการตามระบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากพ่อแม่ผู้ปกครองเปลี่ยนแปลงทักษะการเลี้ยงดูเด็กซึ่งเห็นได้จากคะแนนทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในพื้นที่ชนบทสาธารณสุขรัฐประชาชนจีนที่พบว่า ทักษะการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านความคิด ภาษา กล้ามเนื้อ และสังคมอารมณ์ของเด็กปฐมวัย โดยพบความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างทักษะการเลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการด้านสังคมอารมณ์¹⁷ และสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมในปี ค.ศ. 2018 ที่พบว่า ทักษะการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของตัวเด็กและโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีทักษะในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น

ระบบใน Campbell library พบการศึกษา 6 เรื่องที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูในเด็กอายุ 0 - 3 ปีที่มีปัญหาพฤติกรรม เด็กอายุ 3 - 12 ปีที่มีพฤติกรรมเกรงกลัวเริ่มต้น พ่อแม่และเด็กสมาธิสั้น พ่อแม่และเด็กในกลุ่มบกพร่องทางสติปัญญา พ่อแม่และวัยรุ่น รวมถึงการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคมของพ่อแม่ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กช่วยพัฒนาทักษะการปรับตัวด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก รวมทั้งทำให้สุขภาวะด้านจิตใจและสังคมของพ่อแม่ดีขึ้น³¹ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมที่มีเด็กและพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นศูนย์กลาง (child-parent center program) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครองในการจัดการศึกษาของเด็กอายุ 3 - 9 ปีซึ่งพบว่าช่วยให้พ่อแม่ผู้ปกครองสนับสนุนการเรียนรู้ของเด็กที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบยาวต่อผลลัพธ์ทางการเรียน เศรษฐฐานะ และสุขภาวะของเด็ก³²

เมื่อวิเคราะห์กลไกหรือปัจจัยสำเร็จของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็ก การศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กในพื้นที่ชนบทของประเทศโคลอมเบียพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลได้รับการยอมรับ และมีความเป็นไปได้ในการขยายผล ลักษณะโปรแกรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) หลักสูตรมีโครงสร้างที่ชัดเจน 2) มีอุปกรณ์ของเล่น 3) ส่งเสริมโภชนาการ และ 4) มีการฝึกอบรมและให้การปรึกษา ปัจจัยสำเร็จของการขยายผล ได้แก่ 1) การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ออกแบบให้เกิดกิจกรรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลด้านความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน (กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 31 คน)

ผล	mean (SD) ก่อนทดลอง				mean (SD) หลังทดลอง 1 เดือน				effect size
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value	
ความฉลาดทางอารมณ์	42.93 (5.6)	44.39 (5.3)	-1.11	.27	48.60 (4.5)	45.23 (4.7)	3.03	< .01	0.72
ทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	111.70 (14.4)	109.71 (22.2)	0.46	.64	128.76 (8.8)	114.35 (13.2)	5.09	< .01	1.29

ที่สร้างปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม และความสนุก 2) โครงสร้างหลักสูตรที่ใช้งานง่าย กิจกรรมและวัสดุอุปกรณ์ไม่ซับซ้อน 3) เน้นการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก และ 4) เด็กและครอบครัว ผู้จัดการกระบวนการเรียนรู้ และผู้ให้การปรึกษารับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ 1) ผู้จัดการกระบวนการเรียนรู้ต้องใช้เวลาในการฝึกทักษะการสร้างความมีส่วนร่วม และ 2) กระบวนการขนส่งและกระจายวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการกระบวนการเล่น³³ เมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรม Thai Triple-P พบว่า เป็นหลักสูตรที่มีโครงสร้างชัดเจนและใช้การเล่นเป็นพื้นฐาน สอดคล้องกับปัจจัยสำเร็จที่พบจากการศึกษาในประเทศโคลอมเบีย อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาผลลัพธ์เชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อช่วยสนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าว

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผลการศึกษาอาจมีปัจจัยรบกวนหลายประการ เช่น ไม่มีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ไม่มีการวัดจำนวนชั่วโมงที่พ่อแม่ผู้ปกครองทำกิจกรรมกับเด็กตามที่ได้เรียนรู้ในโปรแกรม อิทธิพลของวัฒนธรรมภาษาที่ต้องใช้ล่ามช่วยแปลในการทำกลุ่มซึ่งอาจทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนไปจากวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และทักษะของผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มที่อาจแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ควรมีการวิจัยเชิงขยายผล (implementation research) เพื่อประเมินประสิทธิภาพการพัฒนาผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความคุ้มค่าคุ้มทุน เพื่อให้ได้รูปแบบการนำโปรแกรมไปใช้ทั้งในระดับเครือข่ายโรงเรียน ตำบล อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรม Thai Triple-P ในบริบทที่หลากหลาย เช่น ในเขตพื้นที่ราบ ในเขตเมือง ในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีน้ำหนักน้อย (low birth weight) หรือขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (birth asphyxia) รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

สรุป

โปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) มีผลในการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความฉลาดทางอารมณ์ และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้ปกครอง ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า โดยมีขนาดผลลัพธ์ในระดับสูง เหมาะสำหรับการขยายผลใช้ในระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.นิพนธ์ พัฒนากิจเรือง และบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดน่าน ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการทดลองใช้เครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Apr 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/97892400020986>
2. Herman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9241562943>
3. จินตนา พัฒนพงศธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, นฤมล ธนเจริญวัชร. ผลการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย” [The study of Thai early child development]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
4. สถาบันราชานุกูล. ผลการสำรวจสถานการณ์ IQ EQ เด็กไทย ปี 2559 [A 2016 situational survey of intelligence quotient (IQ) and emotional quotient (EQ) among Thai children]. นนทบุรี: สถาบัน; 2559.
5. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2560 สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ [The institute of child development's 2017 annual report]. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด; 2560.
6. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย [Developmental surveillance and promotion manual (DSPM)] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวง; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ธ.ค. 2561]. จาก: [https://www.thaichild-development.com/images/doc/คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย\(DSPM\).pdf](https://www.thaichild-development.com/images/doc/คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM).pdf)

7. กรมอนามัย. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2561 [Department of health annual report 2018 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2562]. จาก: <https://planning.anamai.moph.go.th/th/annual-report/1038#wow-book/>.
8. Hirai AH, Kogan MD, Kandasamy V, Reuland C, Bethell C. Prevalence and variation of developmental screening and surveillance in early childhood. *JAMA Pediatr.* 2018;172(9):857-66. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.1524.
9. สถาบันพัฒนาอานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. สรุปผลการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมพัฒนาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 [Summary of operating results development promotion project in honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn on the occasion of His Majesty's 5th birthday celebration, 2 April 2015]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบัน; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2562]. จาก: https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/nich/213_article_file.pdf
10. Morrison J, Chunsuwan I, Bunnag P, Gronholm PC, Lockwood Estrin G. Thailand's national universal developmental screening programme for young children: action research for improved follow-up. *BMJ Glob Health.* 2018;3(1):e000589. doi:10.1136/bmjgh-2017-000589.
11. Peters M, Seeds K, Goldstein A, Coleman N. Parental involvement in children's education 2007. London: BMRB International Ltd.; 2008.
12. Engle PL, Fernald L, Alderman H, Behrman J, O'Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011;378(9799):1339-53. doi:10.1016/S0140-6736(11)60889-1.
13. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman and Company; 1997.
14. กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 2560. นนทบุรี: กลุ่ม; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2562]. จาก: https://datahpc9.anamai.moph.go.th/group_sr/allfile/1580280672.pdf
15. กรมอนามัย. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2560 [Department of health annual report 2017] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2562]. จาก: <https://backenddc.anamai.moph.go.th/coverpage/c68879242af9af26144520f4caee6930.pdf>
16. Engle PL, Black MM, Behrman JR, Cabral de Mello M, Gertler PJ, Kapiriri L, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet.* 2007;369(9557):229-42. doi:10.1016/S0140-6736(07)60112-3.
17. Zhong J, He Y, Chen Y, Luo R. Relationships between parenting skills and early childhood development in rural households in western China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1506. doi:10.3390/ijerph17051506.
18. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: a global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021;18(5):e1003602. doi:10.1371/journal.pmed.1003602.
19. Durrant JE. Positive discipline in everyday teaching: guideline for educator. Bangkok: Save the Children Sweden; 2013.
20. Nelsen J. Positive discipline: teaching children self-discipline, responsibility, cooperation and problem-solving skills. Ohio, US: Empowering People, Incorporated; 1981.
21. ปิยวลี ธนเศรษฐกร, ปณิตดา ธนเศรษฐกร. 101 เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก [101's positive discipline]. กรุงเทพฯ: Than Books; 2552.
22. Alegre A. Parenting styles and children's emotional intelligence: what do we know? *The Family Journal.* 2011;19(1):56-62. doi:10.1177/1066480710387486.
23. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 1991;16(3):354-61. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
24. Goldstein EB. Cognitive psychology: connecting mind, research, and everyday experience. 3rd ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2011.

25. Fogler J. Review of attachment theory and research: new directions and emerging themes. *J Dev Behav Pediatr.* 2016;37(9):701. doi:10.1097/DBP.0000000000000344.
26. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-positive parenting program: a review and meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(3):475-95. doi:10.1007/s10802-007-9104-9.
27. พัชรา พุ่มพชาติ. ผลการใช้ชุดฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการสร้างวินัยเชิงบวกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มีต่อวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท [Effectiveness of the utilization of the parent training package aiming to develop positive discipline and self-confidence in young children through parental involvement at the child development centers under local administration organizations at the Mueang Chainat district, Chainat province Thailand]. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์.* 2561;13(38):15-30.
28. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย [The development of developmental surveillance and promotion manual; DSPM]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2561;63(1):3-12.
29. สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, กาญจนา วณิชรมณีย์, อมรากุล อินโชนานนท์, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์, และคณะ. รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3-5 ปี และ 6-11 ปี (ฉบับย่อ) [Research on the development of the Thai emotional intelligence screening test for ages 3 to 5 and 6 to 11 (abridged edition)]. *นันทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;* 2546.
30. คำพวง ห่อทอง. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมการเล่นของบิดามารดาและพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กปฐมวัยในเขตกรุงเทพมหานครกับจังหวัดสุรินทร์ [The comparative study on paternal and maternal behaviors in promoting play and adaptive behavior between children residing in Bangkok and Surin province] [สารนิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
31. Barlow J, Coren E. The effectiveness of parenting programs: a review of Campbell reviews. *Res Soc Work Pract.* 2017;28(1):104973151772518. doi:10.1177/1049731517725184
32. Reynolds AJ, Lee S, Eales L, Varshney N, Smerillo N. Parental involvement and engagement in early education contribute to children's success and well-being. In: Bierman KL, Sheridan SM, editors. *Family-school partnerships during the early school years. Research on family-school partnerships.* Springer, Cham; 2021.
33. Gomez ML, Bernal R, Baker-Henningham H. Qualitative evaluation of a scalable early childhood parenting programme in rural Colombia. *Child Care Health Dev.* 2022;48(2):225-38. doi:10.1111/cch.12921.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

วันรับ : 30 พฤษภาคม 2566

วันแก้ไข : 21 กันยายน 2566

วันตอบรับ : 22 กันยายน 2566

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม., กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.,

ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, สม., เรวดี จายานะ, ส.บ.

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ปี พ.ศ. 2563 - 2565

วิธีการ : การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 - 2565 สำรวจทุก 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือนในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปจากการสุ่มหลายขั้นตอน ใช้แบบวัดความเครียดศิริชัย (ST-5) และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความชุกเป็นร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของความชุกปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติ chi-square

ผล : ตัวอย่างทั้งหมด 55,333 คน เป็นหญิงร้อยละ 67.0 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี (SD = 16.6) และเป็นเกษตรกรร้อยละ 24.7 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกความเครียดร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.2 และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 1.3 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 1 - 4 ปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกเขตสุขภาพมีความชุกสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564) พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน

สรุป : ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ควรมีการวางแผนเตรียมพร้อมป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในกรณีการแพร่ระบาดในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดและกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ : ความคิดทำร้ายตนเอง, ความเครียด, ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรวรรณ จุฑา; e-mail: wwanchutha@gmail.com

Original articles

The prevalence and trends of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2022

วันรับ : 30 May 2023

วันแก้ไข : 21 September 2023

วันตอบรับ : 22 September 2023

Worawan Chutha, M.ED., Kamonluck Makkhlai, B.P.H.,

Duangdao Sriruengrat, M.P.H., Rewadee Jayana, B.P.H.

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To report the prevalence and trends of mental health problems in the Thai population during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic 2020 - 2022.

Methods: This descriptive study used data from the survey of perceptions and mental health problems of the Thai population during the COVID-19 pandemic, conducted online two weeks to six months apart during 2020 - 2022. Participants were Thai adults aged 18 years and older, selected through multi-stage stratified sampling. Questionnaires included the Srithanya stress test (ST-5) and the patient health questionnaire (PHQ-9). The prevalence were analyzed and presented in percentages and the differences in prevalence of mental health problems among demographic groups were assessed by using a chi-square test.

Results: Of a total of 55,333 participants with an average age of 45.2 years (SD = 16.6), 67.0% were female and 24.7% were farmers. The prevalence of stress, depression, and suicidal ideation during 2020 - 2022 were in average 3.7%, 8.2%, and 1.3%, respectively. The prevalence of all mental health problems gradually increased to a stable level from the first wave through the fourth wave of the pandemic, with the peaks in the third wave (between April and December 2021). The prevalence of stress, depression, and suicidal ideation were highest in those aged 18 - 24 years and unemployed.

Conclusion: The trends of mental health problems among Thai people are consistent with the severity of the COVID-19 pandemic situation. There should be control and prevention plans for mental health problems in case of a future pandemic, particularly in at-risk areas and among those with socioeconomic vulnerability.

Keywords: coronavirus disease 2019 (COVID-19), depression, prevalence, stress, suicidal ideation

Corresponding author: Worawan Chutha; e-mail: wwanchutha@gmail.com

ความรู้เดิม : การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังเป็นการสำรวจเฉพาะพื้นที่และไม่ต่อเนื่องตลอดช่วงการแพร่ระบาด

ความรู้ใหม่ : การสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป สำรวจทุก 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ระหว่างปีพ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกเฉลี่ยของความเครียด ร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.2 และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 1.3 โดยความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 1 - 4 ปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีความชุกสูงสุดระหว่างการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 (เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564)

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาต่าง ๆ ได้ ผู้บริหารและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการวางแผนเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในกรณีเกิดการแพร่ระบาดในอนาคต

บทนำ

การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้คนทั่วโลก เกิดความเครียดและวิตกกังวลจากการได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการแพร่ระบาดของโรค เช่น การป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อ การเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิต การตกงาน และการขาดรายได้ การระบาดใหญ่ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และทำให้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นรวมทั้งอาจเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{1,2} สอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด 19 ต่อสุขภาพตาม health footprint of COVID-19 ซึ่งแบ่งผลกระทบออกเป็น 4 คลื่น โดยผลกระทบคลื่นลูกที่ 4 เป็นช่วง 2 เดือน 3 ปี หลังการแพร่ระบาดที่เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ประชาชนมีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น^{3,4} เห็นได้ว่าวิกฤตโรคระบาดนี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาที่มีอยู่เดิม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสุขภาพ

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตแบบออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.7 วิตกกังวลร้อยละ 44.7 ปัญหานอนไม่หลับ ร้อยละ 36.1 ความเครียดร้อยละ 73.4⁵ ส่วนประเทศออสเตรเลียสำรวจออนไลน์ทั่วโลกใน 63 ประเทศ ช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบความเครียดร้อยละ 59.0 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.0⁶ สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาด 19 เรื่อง พบความชุกความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.1⁷ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจ 3 ครั้ง ช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 พบบุคลากรทางการแพทย์ มีความเครียดร้อยละ 25.9 - 41.9 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.2 - 34.1⁸ และพบว่าช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 คนไทยมีเครียดมากถึงมากที่สุดร้อยละ 13.9 และความวิตกกังวลร้อยละ 2.2⁹ ส่วนการสำรวจในนักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคใต้ช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบความชุกความเครียดร้อยละ 12.5 ความกังวลต่อเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 11.3 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.1 และความคิดทำร้ายตัวเองร้อยละ 1.4¹⁰

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่และครอบคลุมเพียงช่วงหนึ่งช่วงใดของการแพร่ระบาด สำหรับการสำรวจในระดับประเทศนั้น กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยโดยสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการสำรวจแบบออนไลน์ระดับประเทศ สำรวจครั้งแรกระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 หลังพบคนไทยติดเชื้อคนแรกได้ 2 เดือน หลังจากนั้นมีการสำรวจทุก 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ต่อเนื่องกันจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 รวมทั้งหมด 23 ครั้ง ข้อมูลสามารถ

สะท้อนภาพปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในระดับประเทศที่ครอบคลุมทุกช่วงการแพร่ระบาด ทำให้เห็นแนวโน้มของปัญหาในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่ได้¹¹ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานความชุกและแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 เพื่อสะท้อนถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากการแพร่ระบาดและเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในกรณีเกิดการแพร่ระบาดในอนาคต

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่สำรวจออนไลน์ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 010/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563

การสำรวจฯ ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งพื้นที่เป็น 12 เขตสุขภาพ โดยการสำรวจครั้งที่ 1 - 14 ในเดือนมีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 เป็นการสำรวจทุก 2 สัปดาห์เพื่อรายงานผลสำรวจในภาพรวมของประเทศที่ทันสถานการณ์ ใช้การสุ่มอย่างง่ายเลือกเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) ใช้การสุ่มแบบกลุ่มโดยจัดเขตเป็นกลุ่มเขตชั้นกลาง ชั้นใน และชั้นนอก แต่ละชั้นสุ่มอย่างง่ายเลือก 1 เขต แต่ละเขตสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 แขวง แต่ละแขวงสุ่มอย่างง่ายเลือก 1 หมู่บ้านหรือชุมชน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าความชุกความเครียดร้อยละ 16.3¹² ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 500 คน

การสำรวจครั้งที่ 15 - 23 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 เป็นการสำรวจทุก 1 - 6 เดือนเพื่อให้สามารถรายงานผลในระดับเขตสุขภาพได้ แต่ละเขตสุขภาพสุ่มอย่างง่าย 2 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 2 อำเภอ

โดยสุ่มเจาะจงอำเภอเมืองและสุ่มอย่างง่ายอีก 1 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มอย่างง่าย 2 ตำบล และแต่ละตำบลสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 หมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 ใช้การสุ่มแบบกลุ่มโดยแบ่งพื้นที่เป็น 3 ชั้นเช่นเดียวกับครั้งก่อนหน้า แต่ละชั้นสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 เขต แต่ละเขตสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 แขวง แต่ละแขวงสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 ชุมชน ใช้ค่าความชุกความเครียดปานกลางถึงมากที่สุดจากการสำรวจครั้งที่ 2 (วันที่ 30 มีนาคม ถึง 4 เมษายน พ.ศ. 2563) เท่ากับร้อยละ 40.4¹³ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเขตสุขภาพละ 370 คน รวมตัวอย่างขั้นต่ำ 4,800 คน สำหรับการสุ่มตัวอย่างขั้นสุดท้ายเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในหมู่บ้านหรือชุมชนในตำบลเป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อายุต่ำกว่า 18 ปีหรืออาศัยนอกตำบลเป้าหมาย ในการสำรวจครั้งที่ 1 - 14 สุ่มเจาะจงเลือกตัวอย่างในเขตสุขภาพ 1 - 12 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 25 คน และเขตสุขภาพที่ 13 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 20 คน ส่วนการสำรวจครั้งที่ 15 - 23 สุ่มเจาะจงตัวอย่างในเขตสุขภาพ 1 - 12 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 13 คน เขตสุขภาพที่ 13 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 40 คน ทั้งนี้ แต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่มอายุตามสัดส่วนประชากร ได้แก่ 18 - 24 ปี 25 - 59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สำหรับการสำรวจครั้งที่ 16 (ระหว่างวันที่ 7 - 13 มกราคม พ.ศ. 2564) ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรงต่อเนื่องจากกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบระบาดเป็นกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เช่น ตลาด โรงงาน เรือนจำ และสถานที่ใกล้เคียง ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายไปตามพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2564 ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีคำสั่งกำหนดเขตพื้นที่โดยแบ่งพื้นที่ 4 ระดับ ได้แก่ พื้นที่สีแดง (ควบคุมสูงสุด 28 จังหวัด) พื้นที่สีส้ม (ควบคุม 11 จังหวัด) พื้นที่สีเหลือง (เฝ้าระวังสูง 38 จังหวัด) และพื้นที่สีเขียว เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดและลดความรุนแรงของโรค¹¹ ดังนั้น จึงใช้การสุ่มแบบกลุ่มตามพื้นที่ควบคุมและจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม

(ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 5 มกราคม พ.ศ. 2564) โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่ 51 คนขึ้นไป สุ่มอย่างง่าย 5 จาก 8 จังหวัด จังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 11 - 50 คน สุ่มอย่างง่าย 4 จาก 9 จังหวัด จังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 1 - 10 คน สุ่มอย่างง่าย 4 จาก 39 จังหวัด และจังหวัดที่ไม่พบผู้ติดเชื้อ สุ่มอย่างง่าย 3 จาก 16 จังหวัด หลังจากนั้นสุ่มอำเภอ ตำบล ชุมชน และตัวอย่างเช่นเดียวกับการสำรวจครั้งก่อนหน้า โดยในการสำรวจครั้งที่ 16 ใช้ค่าความชุกความเครียดร้อยละ 16.3^{12} ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 2,000 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

แบบวัดความเครียดศรีธัญญา (Srithanya stress test: ST-5)¹⁴ เป็นแบบวัดความเครียดด้วยตนเองในประชาชนทั่วไปและผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี 5 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) ทั้งนี้ ในการศึกษาที่กำหนดให้ผู้ตอบเครียดมากถึงมากที่สุด (8 - 15 คะแนน) เป็นผู้ที่มีความเครียด แบบวัดนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 ค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.79 และมีความตรงตามเกณฑ์เทียบกับแบบวัด hospital anxiety depression ทั้งด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยมีค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.58 และ 0.59 ตามลำดับ

แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9)¹⁵ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในขั้นต้นก่อนการยืนยันวินิจฉัยโดยแพทย์ มี 9 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) มีบางวันหรือไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีก็เพียงเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5 - 8 คะแนน)

มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (9 - 14 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก (15 - 19 คะแนน) และ มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (20 - 27 คะแนน) ทั้งนี้ ในการศึกษานี้กำหนดให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงมาก (9 - 27 คะแนน) เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แบบทดสอบนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79 ความไว 0.84 ความจำเพาะ 0.77 ค่า positive predictive value (PPV) เท่ากับ 0.21 ค่า negative predictive value (NPV) เท่ากับ 0.99 และค่า positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้พัฒนาคำถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการพัฒนาเป็นแบบสอบถามออนไลน์ Google Form เข้าถึงด้วย QR code เก็บข้อมูลโดยสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบตำบลเป้าหมายและได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลการสำรวจฯ ในรูปแบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความชุกเป็นร้อยละ โดยแบ่งตามระลอกการระบาด 4 ระยะ¹¹ ดังนี้ ระลอกที่ 1 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (การสำรวจครั้งที่ 1 - 15) ระลอกที่ 2 ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 (การสำรวจครั้งที่ 16 - 17) ระลอกที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 (การสำรวจครั้งที่ 18 - 20) และระลอกที่ 4 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 (การสำรวจครั้งที่ 20 - 23) และทดสอบความแตกต่างของความชุกปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้วยการทดสอบ chi-square

ผล

ตัวอย่างทั้งหมด 55,333 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 67.0) อายุเฉลี่ย 45.2 ปี (SD = 16.6) และส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 24.7) ความชุกความเครียดของตัวอย่างระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.7 มีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงระลอกสุดท้าย

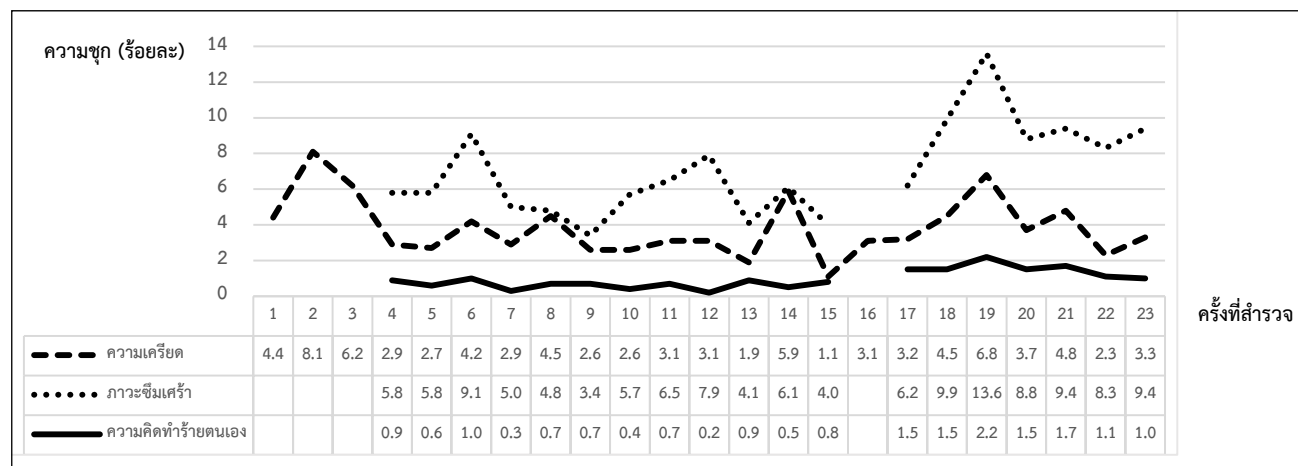
โดยระหว่างการระบาดระลอกที่ 1 พบความชุกสูงสุดในการสำรวจครั้งที่ 2 (ร้อยละ 8.1) และลดลงต่ำสุดช่วงปลายระลอกที่ 1 (ร้อยละ 1.1) และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงการระบาดระลอกที่ 3 ซึ่งพบความชุกร้อยละ 6.8 สำหรับภาวะซึมเศร้าระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกเฉลี่ยร้อยละ 8.2 มีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทุกเขตสุขภาพ มีความชุกเพิ่มสูงขึ้นในการระบาดระลอกที่ 3 (เฉลี่ยร้อยละ 8.2)

โดยเฉพาะในการสำรวจครั้งที่ 19 ระหว่างวันที่ 9 - 13 กันยายน พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 13.6) ส่วนความชุกความคิดทำร้ายตนเองระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบเฉลี่ยร้อยละ 1.3 แนวโน้มโดยรวมมีทิศทางคงที่ต่ำสุดในการระบาดระลอกที่ 1 และสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (ร้อยละ 0.7 และ 1.7 ตามลำดับ) โดยสูงสุดในการสำรวจครั้งที่ 19 (ร้อยละ 2.2) ดังตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2565 ตามระลอกการระบาดของโรคโควิด 19

ระลอกการระบาด	จำนวนตัวอย่าง (คน)		จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต		
	สำรวจความเครียด	สำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	ความคิดทำร้ายตนเอง
ระลอกที่ 1 :					
31 มกราคม พ.ศ. 2563 - 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563	14,897	13,132	397 (2.7)	648 (4.9)	96 (0.7)
ระลอกที่ 2 :					
15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564	9,374	6,269	296 (3.2)	391 (6.2)	96 (1.5)
ระลอกที่ 3 :					
1 เมษายน พ.ศ. 2564 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564	16,504	16,504	832 (5.0)	1,790 (10.8)	286 (1.7)
ระลอกที่ 4 :					
1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565	14,558	14,558	503 (3.5)	1,316 (9.0)	186 (1.3)
รวมทั้งหมด	55,333	50,463	2,028 (3.7)	4,145 (8.2)	664 (1.3)

หมายเหตุ : 1. การสำรวจความเครียดในระลอกการระบาดที่ 1 - 4 ทำการสำรวจทั้ง 23 ครั้ง
 2. การสำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองในการระบาดระลอกที่ 1 ไม่ได้สำรวจในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 และการระบาดระลอกที่ 2 เดือนมกราคม พ.ศ. 2564

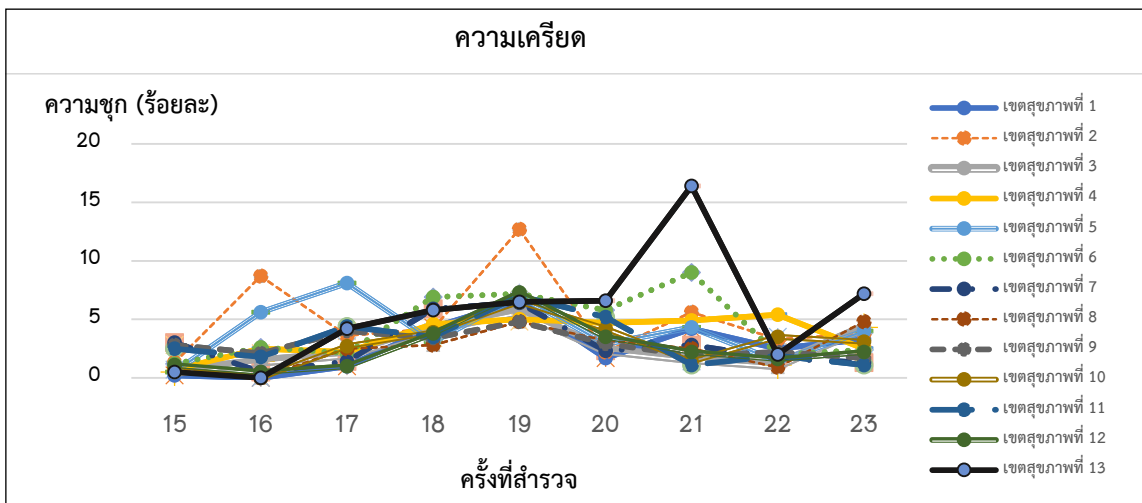


หมายเหตุ : การสำรวจทั้ง 23 ครั้ง วัดความเครียดด้วย ST-5 ยกเว้นครั้งที่ 1 - 3 และครั้งที่ 16 ไม่ได้สำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองด้วย PHQ-9

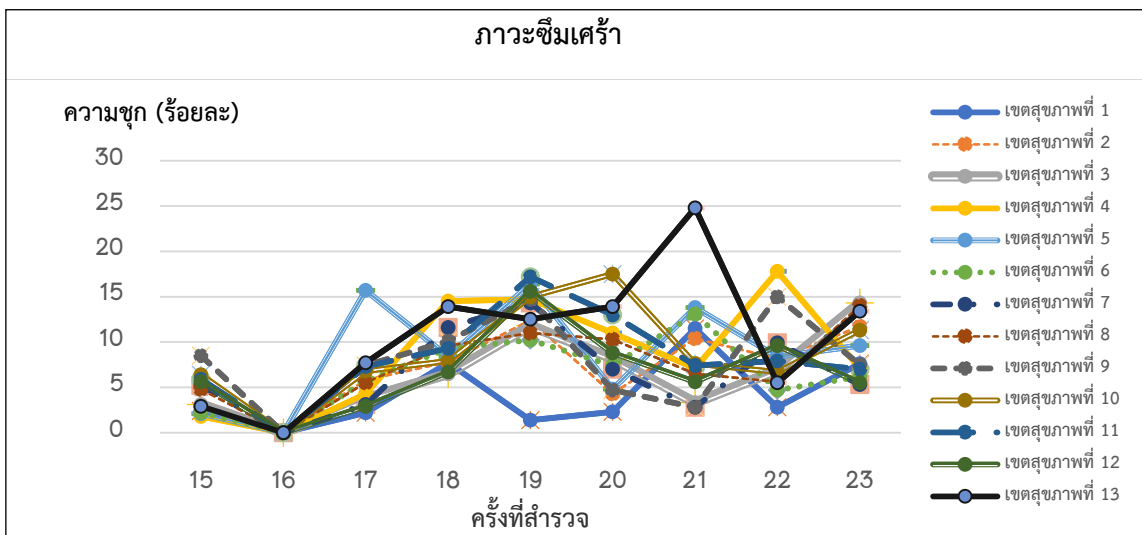
แผนภาพที่ 1 แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

เมื่อจำแนกผลการสำรวจครั้งที่ 15 - 23 เป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าความชุกความเครียดในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ มีความชุกเพิ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกเขตสุขภาพสูงขึ้นในการระบาดระลอกที่ 3 โดยเขตสุขภาพที่ 13 มีความชุกสูงต่อเนื่องตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 3 - 4 ดังแผนภาพที่ 2 สำหรับภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองพบความชุกในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่คงที่ โดยในเขตสุขภาพที่ 5 พบความชุกภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นในการสำรวจ

ครั้งที่ 17 (ร้อยละ 15.7 และ 4.7 ตามลำดับ) ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 พบความชุกสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นในการสำรวจครั้งที่ 21 (ร้อยละ 24.8 และ 10.7 ตามลำดับ) ดังแผนภาพที่ 3 และ 4 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากการสำรวจทั้ง 23 ครั้งตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าหญิงและชายมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มอายุ 18 - 24 ปีและผู้ที่ว่างงานพบความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุด ดังตารางที่ 2

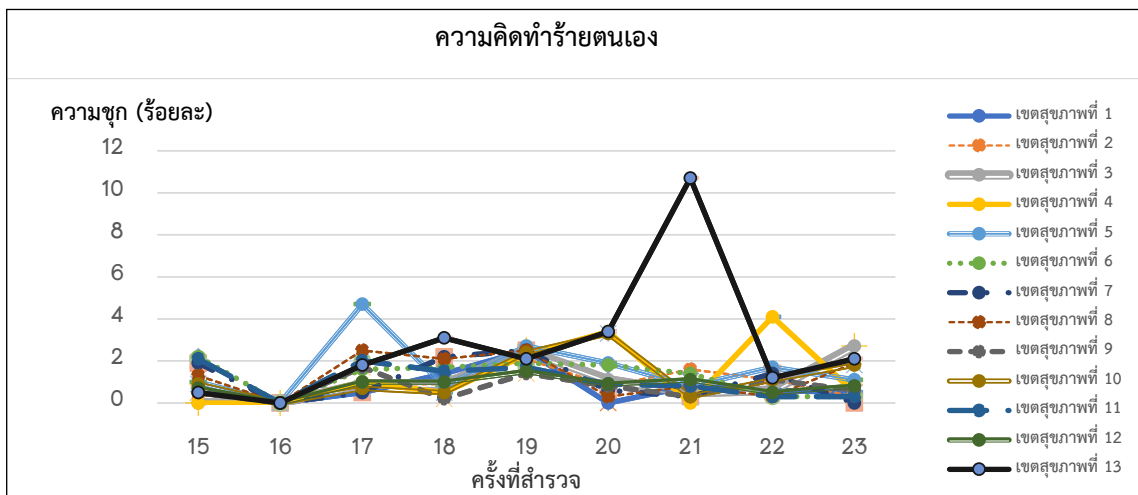


แผนภาพที่ 2 แนวโน้มความเครียดของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำแนกตามเขตสุขภาพ



หมายเหตุ : การสำรวจครั้งที่ 16 ไม่ได้สำรวจภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ PHQ-9

แผนภาพที่ 3 แนวโน้มภาวะซึมเศร้าของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำแนกตามเขตสุขภาพ



หมายเหตุ : การสำรวจครั้งที่ 16 ไม่ได้สำรวจความคิดทำร้ายตนเองด้วยเครื่องมือ PHQ-9

แผนภาพที่ 4 แนวโน้มความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565
จำแนกตามเขตสุขภาพ

วิจารณ์

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกความเครียดเฉลี่ยร้อยละ 3.7 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงระลอกสุดท้าย ทั้งนี้การระบาดระลอกที่ 1 พบสูงสุดในการสำรวจครั้งที่ 2 และลดลงต่ำสุดปลายระลอกที่ 1 และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงการระบาดระลอกที่ 3 พบความชุกภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยร้อยละ 8.2 โดยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ซึ่งพบสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 และพบความชุกความคิดทำร้ายตนเองเฉลี่ยร้อยละ 1.3 แนวโน้มโดยรวมมีทิศทางคงที่ โดยต่ำสุดในการระบาดระลอกที่ 1 และสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 ทั้งนี้ การที่ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มไม่คงที่ ขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงระลอกสุดท้าย อาจเนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายผ่านทางละอองฝอยจากจุมูกหรือปากของผู้ป่วย มีการกลายพันธุ์เป็นระยะโดยเพิ่มความสามารถในการแพร่กระจายและหลบหลีกภูมิคุ้มกันของคน ทำให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้างเป็นระลอก

การพบความชุกความเครียดสูงในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่เริ่มพบการแพร่ระบาดจากการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนในสนามมวยและสถานบันเทิง กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นก็มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทั้งที่เดินทางมาจากต่างประเทศและที่ติดเชื้อภายในประเทศ จนมีการประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งแรกในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตาม พ.ร.ก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 โดยทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ คัดกรองติดตามการสัมผัส และค้นหาผู้ป่วย^{11,20} สอดคล้องกับสถานการณ์ทั่วโลกซึ่งมีการประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563^{11,16-22} และสอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด 19 ต่อสุขภาพ ที่หลังการแพร่ระบาด 2 เดือนถึง 3 ปี ประชาชนเกิดผลกระทบทางสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการกำเริบซ้ำของปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม^{3,4}

สำหรับการที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงที่สุดในการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) อาจเนื่องจาก

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต		จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต		p-value*
	ตัวอย่าง (ร้อยละ)	จำนวน	ความเครียด		ภาวะซึมเศร้า		ความคิดทำร้ายตนเอง		
			ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	
เพศ									
ชาย	18,273 (33.0)	17,688 (96.8)	585 (3.2)	15,328 (92.2)	1,292 (7.8)	16,387 (98.6)	233 (1.4)	.012	.244
หญิง	37,060 (67.0)	35,617 (96.1)	1,443 (3.9)	30,990 (91.6)	2,853 (8.4)	33,412 (98.7)	431 (1.3)		
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย 45.2 (SD = 16.6)									
18 - 24 ปี	8,326 (15.0)	7,915 (95.1)	411 (4.9)	6,674 (90.6)	693 (9.4)	7,225 (98.1)	142 (1.9)	< .001	< .001
25 - 40 ปี	13,851 (25.0)	13,239 (95.6)	612 (4.4)	11,492 (90.7)	1,175 (9.3)	12,468 (98.4)	199 (1.6)		
41 - 59 ปี	20,481 (37.0)	19,854 (96.9)	627 (3.1)	17,480 (92.9)	1,338 (7.1)	18,631 (99)	187 (1.0)		
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	12,675 (23.0)	12,297 (97.0)	378 (3.0)	10,672 (91.9)	939 (8.1)	11,475 (98.8)	136 (1.2)		
อาชีพ									
ว่างงาน	3,154 (5.7)	2,967 (94.1)	187 (5.9)	2,538 (86.9)	381 (13.1)	2,837 (97.2)	82 (2.8)	< .001	< .001
เกษตรกร ทำสวน ทำนา ทำไร่ ประมง	13,644 (24.7)	13,303 (97.5)	341 (2.5)	11,564 (92.7)	908 (7.3)	12,360 (99.1)	112 (0.9)		
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	8,106 (14.6)	7,791 (96.1)	315 (3.9)	6,706 (91.3)	635 (8.7)	7,231 (98.5)	110 (1.5)		
รับจ้างทั่วไป รับจ้างรายวัน ขับรถสาธารณะ	8,147 (14.7)	7,849 (96.3)	298 (3.7)	6,829 (91.7)	616 (8.3)	7,336 (98.5)	109 (1.5)		
พนักงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ	3,501 (6.3)	3,354 (95.8)	147 (4.2)	3,008 (91.9)	266 (8.1)	3,222 (98.4)	52 (1.6)		
ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้าง	8,102 (14.6)	7,787 (96.1)	315 (3.9)	6,847 (92.5)	555 (7.5)	7,321 (98.9)	81 (1.1)		
ข้าราชการท้องถิ่น									
นักเรียน นักศึกษา	4,004 (7.2)	3,798 (94.9)	206 (5.1)	3,243 (91.5)	302 (8.5)	3,491 (98.5)	54 (1.5)		
แม่บ้าน พ่อบ้าน ผู้สูงอายุ	6,675 (12.1)	6,456 (96.7)	219 (3.3)	5,583 (92.1)	482 (7.9)	6,001 (98.9)	64 (1.1)		

* Chi-square test

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ยังคงพบการระบาดใหม่เป็นกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ เช่น สถานบันเทิง แคมป์คนงาน และเรือนจำ อีกทั้งเป็นช่วงที่เชื้อเริ่มมีการกลายพันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์ โดยร้อยละ 80 เป็นการติดเชื้อสายพันธุ์เดลตา ซึ่งมีความสามารถจับเซลล์ของมนุษย์ได้ง่ายขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็ว และเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้เร็วขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยตกค้างอยู่ที่บ้านจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา อีกทั้งช่วงเวลาดังกล่าวยังคงมีการบังคับใช้มาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด เช่น การจำกัดการเดินทางภายในประเทศและระหว่างประเทศ มาตรการอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ มาตรการ bubble and seal ในแคมป์คนงาน การทำงานที่บ้าน การเรียนออนไลน์ และการบังคับสวมหน้ากากอนามัย^{11,20-22} ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นผลกระทบทางตรงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมต่าง ๆ หรือเป็นผลกระทบทางอ้อมที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง²³

เมื่อจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ ความชุกปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกเขตสุขภาพมีความชุกเพิ่มสูงขึ้นในการระบาดระลอกที่ 3 (ในช่วงเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564) โดยที่เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นอย่างชัดเจนต่อเนื่องตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 3 ถึงการระบาดระลอกที่ 4 (ในช่วงเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565) ขณะที่เขตสุขภาพที่ 5 พบความชุกภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นอย่างชัดเจนในการสำรวจครั้งที่ 17 ช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวตรงกับการระบาดระลอกที่ 2 - 3 ซึ่งในพื้นที่พบการแพร่ระบาดที่ชุมชนตลาด ประกอบกับเชื้อไวรัสมีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้จำนวนยอดผู้ป่วยรายวันสูงขึ้นและขยายพื้นที่เป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล^{11,20}

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในต่างประเทศ การสำรวจในประเทศอิตาลีในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 พบประชาชนมีความเครียดในระดับปานกลาง และสูงร้อยละ 59.6 และ 16.6 ตามลำดับ²⁴ การสำรวจในประเทศอิหร่านในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบประชาชนมีความเครียดปานกลางร้อยละ 24.6²⁵ การสำรวจในสาธารณรัฐประชาชนจีนในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบความชุกความเครียดร้อยละ 73.4 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.7⁵ การสำรวจออนไลน์ในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปจาก 63 ประเทศในเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบความเครียดร้อยละ 59.0 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.0⁶ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดย Farooq และคณะ⁷ พบความชุกความคิดฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลกร้อยละ 12.1 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยโดยศุภวิทย์ บุญดีสกุลโชค และคณะ²⁶ พบความชุกภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 6.46 และความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.79 ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้ ขณะที่การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ โดยธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์²⁷ พบความชุกความเครียดและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 0.9 และ 1.5 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้ อาจเนื่องจากความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ศักยภาพในการดูแลรักษาและจัดหาวัคซีน มาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาด และความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามมาตรการในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศรุนแรงขึ้น

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน พบความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นและผู้ที่มีงานทำ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักเรียนระหว่างสถานการณ์โรคโควิด 19 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการขาดการติดต่อทางสังคมและการกักตัวเพื่อศึกษาที่บ้านเป็นเวลานานส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁸ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบ

จากสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่าการเผชิญวิกฤตทางเศรษฐกิจและการว่างงานเป็นหนึ่งในปัจจัยที่นำไปสู่พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย²⁹ อาจเนื่องจากกลุ่มเยาวชนต้องเผชิญการปรับตัว กับวิถีชีวิตรูปแบบใหม่โดยเฉพาะการศึกษา รวมทั้งขาดการใช้ชีวิตและกิจกรรมทางสังคมตามปกติ ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ขณะที่การว่างงานทั้งจากภาวะเศรษฐกิจ ถดถอยและผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ ทำให้ขาดรายได้และโอกาส การเข้าถึงทรัพยากรโดยเฉพาะการบริการทางสุขภาพ จึงอาจ กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 ตั้งแต่ 2 เดือนหลัง พบผู้ติดเชื้อคนแรกในประเทศไทยจนกระทั่งสถานการณ์ การแพร่ระบาดในประเทศบรรเทาความรุนแรง โดยใช้ เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตชุดเดียวกัน ทำให้สามารถ เปรียบเทียบแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตคนไทยในช่วงเวลาต่าง ๆ รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการสำรวจในวิกฤตโรคระบาดที่แพร่กระจายเชื้อ ได้ง่ายและรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเป็นแบบสอบถาม ออนไลน์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดจากการขาดแคลนอุปกรณ์และ อุปสรรคจากสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียรในบางพื้นที่ อย่างไรก็ตามตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ ได้ได้ตอบแบบสอบถามในเอกสารฉบับพิมพ์ โดยมีสหวิชาชีพที่ รับผิดชอบเป็นผู้บันทึกคำตอบในรูปแบบออนไลน์ในภายหลัง นอกจากนี้ การสำรวจเชิงพรรณนาภาคตัดขวางอาจไม่สามารถ ระบุความเป็นเหตุและผลระหว่างสถานการณ์ของโรคโควิด 19 ในช่วงต่าง ๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ณ เวลานั้น ๆ ได้

สรุป

ความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิด ทำร้ายตนเองของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 อยู่ในช่วงร้อยละ 1.1 - 8.1, ร้อยละ 3.4 - 13.6 และร้อยละ 0.2 - 2.2 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัว โดยสูงสุดใน 1 - 2 เดือน หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นในประเทศไทย

และเมื่อสถานการณ์มีความรุนแรงและขยายวงกว้างในการ แพร่ระบาดระลอกที่ 3 จึงควรมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ระดับประเทศในกรณีวิกฤตโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาด ในวงกว้างและต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสะท้อนถึงแนวโน้มของ ปัญหาในช่วงเวลาต่าง ๆ และเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญสำหรับ ผู้บริหารในการตัดสินใจใช้มาตรการควบคุมป้องกันโรค การให้ ข้อเท็จจริงเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การสร้างความตระหนัก และลดความตระหนักแก่ประชาชน การส่งเสริมให้ประชาชน สามารถปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่และดำรงชีวิตได้ตามการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่ต่อเนื่องและรุนแรง รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact scientific brief [internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 May 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
2. พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, แพรว ไตลังคะ. มุมมองด้าน สุขภาพจิตและจิตสังคม ของการระบาด COVID-19 [Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
3. วชิระ เฟื่องจันทร์, ปริตตา หวังเกียรติ. 4 wave ระบบสาธารณสุข ไทยกับผลกระทบระยะยาวจากโควิด 19 [4 wave Thai public health system and the long-term impact of COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. อุตรธานี: สำนักข่าว Hfocus; 2563 [สืบค้นเมื่อ วันที่ 24 ม.ค. 2565]. จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19160>
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนฟื้นฟูจิตใจ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19 plan: C4]. นนทบุรี: กอง; 2563.
5. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-8. doi:10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

6. Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a global cross-sectional survey. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;109:110236. doi:10.1016/j.pnpnpb.2020.110236.
7. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2021;306:114228. doi:10.1016/j.psychres.2021.114228.
8. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริลักษณ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2563;65(4):400-8.
9. นุชนาฏ รักษ์, กนกพร ดอนเจดีย์, นันทนัช สงศิริ, วณิดา ตีสวัสดิ์, สาลินี จันทร์เจริญ, อารี อยู่ภู. ความเครียด ความวิตกกังวล และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของประชาชนไทยภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกแรก [A study of the stress, anxiety and family relationships among Thai people after the COVID-19 pandemic in the early stages]. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*. 2563;17(1):94-108.
10. ลัดดา อินโหม, ชัยณรงค์ มากเพ็ง, พยณันท์ วังค์เมฆ, นวรัตน์ เมามี่จันทร์, ชอลาย เด็งมาซา. ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): กรณีศึกษาโรงเรียนรัชฎา จังหวัดตรัง [Prevalence and factors related to teen stress, anxiety and depression during the outbreak of Coronavirus 2019 (COVID-19): a case study of ratsada school, Trang province]. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*. 2565;15(2):48-59.
11. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, บรรณาธิการ. รายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับเขตสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 - 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 [Report on taking lessons learned on preparation for the outbreak of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) area health. January 1, 2020 - July 1, 2022]. *นันทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*; 2565.
12. วรวรรณ จุฑา, ดวงมล สิมจันทร์, เขมจิรา โภกิพา, รักษ์ เรื่องจิตโพธิ์พาน, ยุพาวดี พรหมบุตร, กมลวรรณ จันทร์โชติ. สถานการณ์ความเครียดของคนไทย ปี พ.ศ. 2552 - 2554 [Stress situation of Thai population in 2009 - 2011]. *นันทบุรี: กรมสุขภาพจิต*; 2554.
13. วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ชญานนท์ ต้นใส. ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 2 (วันที่ 30 มีนาคม - 4 เมษายน พ.ศ. 2563) [Mental health in Thai people: The 2nd survey of perceptions and mental health of Thai people from coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic March 30 - April 4, 2020]. *นันทบุรี: กรมสุขภาพจิต*; 2563.
14. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดศรีธัญญา [Srithanya stress scale]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551;16(3): 177-85.
15. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
16. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Coronavirus 2019 disease situation] [อินเทอร์เน็ต]. *นันทบุรี: กรม*; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php>
17. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
18. World Health Organization. Who declares the outbreak of the new coronavirus is a Pandemic? [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.theverge.com/2020/3/11/21156325/coronavirus-pandemic-who-declares-covid-19-outbreak-global-h1n1>
19. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2563 [Notification of the ministry regarding territories outside the kingdom of Thailand defined as disease infected zones of the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak] [อินเทอร์เน็ต]. *ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 52 ง (ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563) [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2565]. จาก: https://data.thailand.opendevelopmentmekong.net/th/laws_record/notification-of-the-ministry-of-public-health-re-territories-outside-the-kingdom-of-thailand-define*

20. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, บรรณาธิการ. แผนและมาตรการ Endemic การบริหารจัดการสถานการณ์ โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น [Endemic approach to COVID-19]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
21. กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) public health measures and problems, obstacles, disease prevention and control in travelers] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่ม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
22. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, พัชชา มานตา, กองบรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 [Report on the impact situation from the COVID-19 outbreak on non-communicable diseases and related factors in Thailand, January 2020 to November 2021] นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565.
23. ลูติพร ลุแก้ว. Policy Brief: ฉบับที่ 140: ผลพวงต่อ ‘สุขภาพจิต’ ภายใต้มาตรการควบคุมโควิด-19 กับปัญหา ‘การฆ่าตัวตาย’ ที่ต้องเฝ้าระวัง [Impact on ‘mental health’ under COVID-19 control measures and the problem of ‘suicide’ that must be monitored] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2565]. จาก: <https://www.hitap.net/documents/184067>
24. Saeed BA, Ismael SK, Amin RM, Mahmud NM, Al-Banna DA, Shabila NP. Prevalence and determinants of anxiety and stress in the general population during COVID-19 pandemic in Iraq: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2023;18(4):e0283260. doi:10.1371/journal.pone.0283260.
25. Khademian F, Delavari S, Koojhani Z, Khademian Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. *BMC Public Health.* 2021;21(1):275. doi:10.1186/s12889-021-10329-3.
26. ศุภวิชัย บุญดีสกุลโชค, ศรัณย์ วีระเมธัชชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี [Prevalence and associated factors of stress and depression among SARS-Cov-2 patient in field hospital, Saraburi hospital]. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.* 2565;6(2):367-79.
27. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong district, Chiang Mai provinc]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.* 2564;29(1):12-21.
28. Garcia Colato E, Ludema C, Rosenberg M, Kianersi S, Luetke M, Chen C, et al. The association between social factors and COVID-19 protective behaviors and depression and stress among midwestern US college students. *PLoS One.* 2022;17(12):e0279340. doi:10.1371/journal.pone.0279340.
29. Barlattani T, D’Amelio C, Capelli F, Mantenuto S, Rossi R, Socci V, et al. Suicide and COVID-19: a rapid scoping review. *Ann Gen Psychiatry.* 2023;22(1):10. doi:10.1186/s12991-023-00441-6.

บทความปริทัศน์

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน

วันรับ : 23 มิถุนายน 2566

วันแก้ไข : 9 กันยายน 2566

วันตอบรับ : 11 กันยายน 2566

ภัทรภณ แจ่มมิน, พ.บ., จารุพงษ์ พรหมวิทักษ์, พ.บ.,

วรงค์ สิทธิศรีณย์กุล, พ.บ., พริษฐ์ โพธิ์งาม, พ.บ.

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ

กระทรวงแรงงานได้กำหนดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ไว้ในประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566 เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของลูกจ้างในกรณีที่ได้รับผลกระทบแก่จิตใจจาก PTSD ที่เกิดขึ้นจากการทำงานให้นายจ้าง ปัจจุบันการวินิจฉัย PTSD ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 ของสมาคมจิตแพทย์ สหรัฐอเมริกา ร่วมกับการประเมินอาการและอาการแสดงโดยจิตแพทย์ ส่วนการวินิจฉัยความเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของโรค ยังไม่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งต้องพิจารณาทั้งประเด็นทางด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงทางการแพทย์

บทความนี้ได้ทบทวนองค์ความรู้ทั้งมุมมองด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงด้านการแพทย์ทั้งในระดับประเทศและสากล เพื่อกำหนดแนวทางในการวินิจฉัยความเกี่ยวเนื่องกับงานของ PTSD ให้ชัดเจน อันจะเป็นประโยชน์ต่อจิตแพทย์ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และพนักงานเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อทั้งนายจ้างและลูกจ้างตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537

คำสำคัญ : การประสบอันตรายแก่จิตใจเนื่องจากการทำงาน, พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537, โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ, โรคเนื่องจากการทำงาน, เหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ติดต่อผู้พิมพ์ : ภัทรภณ แจ่มมิน; e-mail: jammin@staff.tu.ac.th

Review article

Work-related post-traumatic stress disorder

Received : 23 June 2023

Revised : 9 September 2023

Accepted : 11 September 2023

Pattarapon Jammin, M.D., Charubongse Brohmwitak, M.D.,

Warong Sithisarunkul, M.D., Parit Phongam, M.D.

Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi Province

Abstract

In order to protect employee from stress that caused by work, the Ministry of Labor has recently promulgated post-traumatic stress disorder (PTSD) as a work-related illness under the Labor Protection Act B.E. 2566. Typically, the diagnosis of PTSD is accomplished by using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, published by the American Psychiatric Association in combination with signs and symptoms evaluation by psychiatrist. But there are no specific guidelines for diagnosis of work-relatedness of PTSD which must be comprised of both medical and legal aspects.

This article has scrutinized both national and international level of both medical and legal perspectives for establishing the diagnostic guideline of work-relatedness PTSD in order to assist psychiatrists, occupational medicine physicians, and workmen's compensation adjudication officers and maximize both employees' and employers' benefits in complying with the Workmen's Compensation Act B.E. 2537.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), traumatic event, workmen's Compensation Act B.E. 2537, work-related illness, work-related psychological injury

Corresponding author: Pattarapon Jammin; e-mail: jammin@staff.tu.ac.th

ความรู้เดิม : การที่ลูกจ้างได้รับผลกระทบแก่จิตใจนั้นตาม พรบ. เงินทดแทนฯ ถือว่าเป็นการประสบอันตรายและโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) เป็นโรคใหม่ที่ถูกกำหนดในประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566 ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีแนวทางการสอบสวนหาสาเหตุว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นเนื่องจากการทำงานหรือไม่

ความรู้ใหม่ : การทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัย PTSD เนื่องจากการทำงาน โดยใช้การพิจารณามุมมองทั้งทางด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงทางการแพทย์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยสาเหตุของโรคและความเกี่ยวเนื่องกับการทำงาน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถวินิจฉัย PTSD เนื่องจากการทำงาน เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการทำงานได้รับค่ารักษา ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน และค่าทดแทน รวมถึงได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

บทนำ

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) คือ โรคที่มีสาเหตุมาจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic event) และส่งผลให้เกิดผลกระทบแก่จิตใจจนเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน¹ คู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตฉบับที่ 5 (diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition: DSM-V) โดยสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American psychiatric association: APA)² จัด PTSD เป็นภาวะผิดปกติทางจิตจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญและความเครียด (traumatic and stress-related disorder) และกำหนดให้เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ทำให้เกิด PTSD ต้องเป็นเหตุการณ์ที่อันตรายถึงแก่ชีวิตหรือคุกคามชีวิต การได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือ

การถูกล่วงละเมิดทางเพศ³ นอกจากนี้ PTSD อาจมีสาเหตุตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเกิดเนื่องจากการทำงานที่มีความเสี่ยงสูงในการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ¹⁻⁴

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (international labor organization: ILO) ได้กำหนด PTSD ในรายชื่อชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานฉบับปรับปรุง ค.ศ. 2010 (ILO list of occupational diseases revised 2010) เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ลูกจ้างและเป็นแนวทางจ่ายเงินชดเชยหากมีความเกี่ยวข้องกับงานที่ทำ⁵ ขณะที่ประเทศไทยได้มีการกำหนด PTSD เป็นครั้งแรกในประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566⁶ โดยหากแพทย์ผู้รักษาสงสัยว่าลูกจ้างเจ็บป่วยเป็น PTSD เนื่องจากการทำงานตามมาตรา 50 ของพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (พรบ. เงินทดแทนฯ)⁷ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่สอบสวนและออกคำสั่งให้นายจ้างจ่ายเงินให้แก่ลูกจ้าง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าทดแทน

ดังนั้น ประเด็นที่สำคัญจึงไม่ใช่เพียงแค่การวินิจฉัยว่าลูกจ้างเป็น PTSD แต่ยังต้องวินิจฉัยว่า PTSD นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือไม่ ซึ่งเป็นปัญหาที่ท้าทายไม่ใช่เฉพาะต่อจิตแพทย์ แต่ยังเป็นประเด็นที่แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ควรให้ความสำคัญถึงกระบวนการที่ถูกต้องในการวินิจฉัยความเกี่ยวเนื่องกับการทำงาน ทั้งมุมมองทางด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ของลูกจ้างและนายจ้างตาม พรบ. เงินทดแทนฯ

การวินิจฉัย PTSD

การวินิจฉัย PTSD ตาม DSM-V ได้มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด 8 ข้อ เรียงตามตัวอักษรภาษาอังกฤษ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) การเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2) อาการและอาการแสดง และ 3) ประเด็นอื่น ๆ ในการวินิจฉัย PTSD จำเป็นต้องพิจารณาทุกข้อ โดยมีแนวทางการวินิจฉัยเรียงลำดับตามแผนภาพที่ 1

การวินิจฉัย PTSD ต้องมีการพิจารณาเกณฑ์การวินิจฉัยทุกข้อให้ครบถ้วนโดยจิตแพทย์ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการวินิจฉัย PTSD ตาม DSM-V³

อย่างไรก็ตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่สำคัญคือเกณฑ์ข้อ A เนื่องจากเป็นการอธิบายความเป็นสาเหตุของการเกิดความคิดผิดปกติทางจิตใจ และนำไปสู่การสอบสวนว่าเหตุมีความเกี่ยวข้องกับงานที่ทำหรือไม่ จึงจำเป็นต้องทราบรายละเอียดที่สำคัญของเกณฑ์การวินิจฉัย A ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้²

เกณฑ์การวินิจฉัย A: การเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หมายถึง การเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือคุกคามชีวิต การได้รับบาดเจ็บรุนแรง หรือการถูกล่อลวงล่ทางเพศอย่างน้อย 1 ข้อ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้

A1 - เป็นผู้ประสบเหตุโดยตรง (directly exposed to trauma) เช่น ผู้ที่เคยผ่านสงครามหรือถูกทำร้ายในรูปแบบต่าง ๆ ประสบภัยพิบัติทั้งจากธรรมชาติและมนุษย์ ประสบอุบัติเหตุจนมีผู้สูญเสียชีวิตหรือพิการ หรือเป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศและการใช้กำลังบังคับหรือการกลั่นแกล้งทางร่างกายและทางเพศ

A2 - การเป็นพยานผู้เห็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (eyewitness to others directly exposed to trauma) เช่น การเห็นการบาดเจ็บรุนแรงหรือการตายผิดธรรมชาติ การใช้ความรุนแรงคุกคามทางกายหรือทางเพศ ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุ สงคราม หรือภัยพิบัติ

A3 - การเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญทางอ้อม (learning of direct exposure to trauma of a close family member or close friend) หมายถึง การเผชิญ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท เช่น การฆาตกรรม ถูกทำร้าย การก่อการร้าย ความรุนแรงทางเพศ การฆ่าตัวตาย หรืออุบัติเหตุรุนแรง

A4 - การเผชิญรายละเอียดเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ หรือมากเกินไป (repeated or extreme exposure to aversive details of trauma) หมายถึง การเผชิญรายละเอียดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญผ่านลักษณะงานหรือหน้าที่การทำงานและมีผลทำให้เกิด PTSD เช่น เจ้าหน้าที่กู้ภัยที่ต้องเข้าไปบริเวณสถานที่เกิดอุบัติเหตุ หรือเจ้าหน้าที่นิติวิทยาศาสตร์เก็บพยานหลักฐานชิ้นส่วนมนุษย์ นอกจากนี้การเผชิญเหตุการณ์จากภาพถ่าย ภาพเคลื่อนไหว คำพูดหรืองานเขียนจากการทำงาน ก็ทำให้เกิด PTSD เช่นกัน เช่น พนักงานตำรวจที่ต้องอ่านหรือสรุปสำนวนเหตุการณ์อาชญากรรม สื่อมวลชนที่ต้องนำเสนอเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือนักจิตบำบัด⁴

การวินิจฉัย PTSD เนื่องจากการทำงาน (adjudication of work-related PTSD)

จากการทบทวนกฎหมาย คู่มือมาตรฐานการวินิจฉัยที่จัดทำขึ้นภายใต้สมาคมวิชาชีพจิตวิทยาทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน แนวทางการวินิจฉัยโรคเนื่องจากการทำงานต่าง ๆ และวรรณกรรมประเภทรายงานการวิจัย กรณีศึกษา และบทความวิชาการด้วยการสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed การวินิจฉัย

ความเกี่ยวเนื่องจากการทำงานต้องมีการสอบสวนหาสาเหตุว่าการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานในให้นายจ้างหรือไม่ โดยอาศัยการรวบรวมพยานหลักฐานต่าง ๆ ได้แก่ พยานบุคคล พยานเอกสาร และพยานสถานที่ เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัย หากแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือแพทย์อาชีวเวชศาสตร์สอบสวนแล้วสงสัยว่า PTSD นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานก็ให้ทำความปรากฏแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 50 ของ พรบ. เงินทดแทนฯ การสอบสวนความเกี่ยวเนื่องจากการทำงานของ PTSD ประกอบด้วยสองขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 PTSD เป็นการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วย

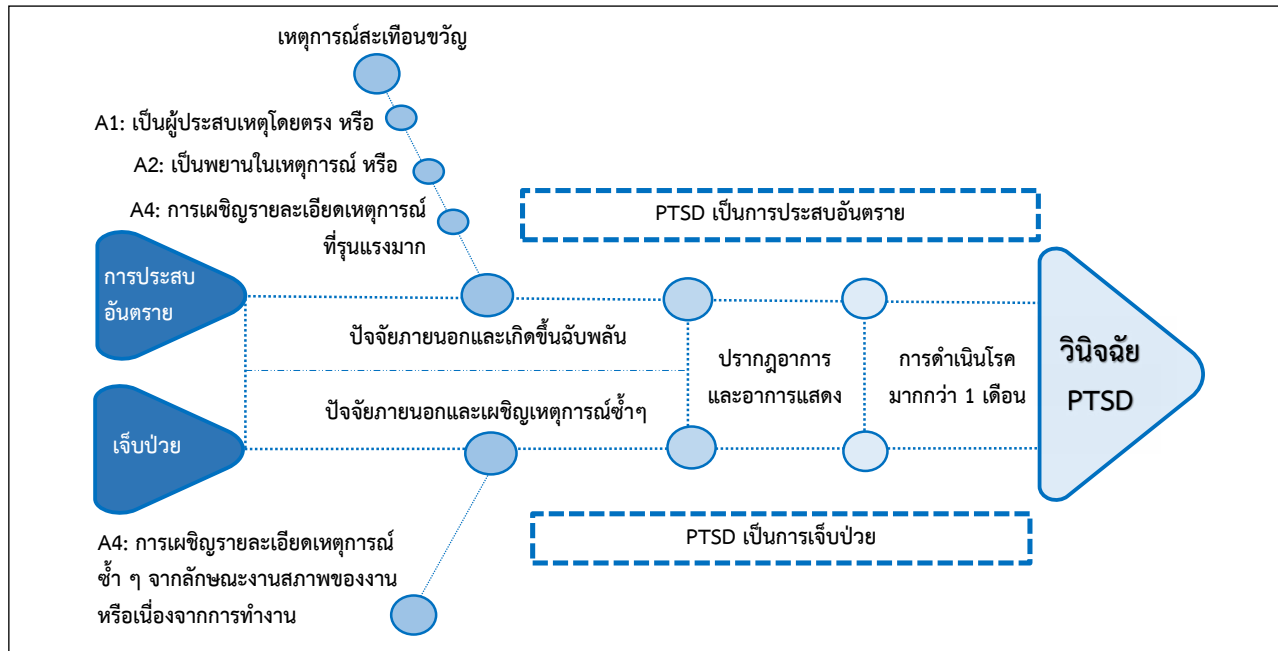
การสอบสวน PTSD ควรเริ่มจากการพิจารณาว่าเกิดจากการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วย ตามมาตรา 5 ของ พรบ. เงินทดแทนฯ เนื่องจากมีแนวทางในการสอบสวนที่ต่างกัน

การประสบอันตราย หมายถึง การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กายหรือผลกระทบแก่จิตใจหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงาน หรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่ นายจ้าง หรือตามคำสั่งของนายจ้าง นอกจากนี้ การประสบอันตรายยังมีลักษณะเป็นเหตุที่เกิดขึ้นโดยกะทันหันหรือโดยฉับพลันและมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกหรือมีลักษณะเป็นข้อเท็จจริงที่ชัดเจน เช่น ภาวะความเป็นพิษเฉียบพลันจากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์หรือลูกจ้างที่กระตุกหักหรือหลุดระหว่างทำงาน^{8,9}

การเจ็บป่วย หมายถึง การที่ลูกจ้างเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน⁷ การพิจารณาการเจ็บป่วยมีลักษณะที่ซับซ้อนกว่าการประสบอันตรายเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่ชัดเจนและตรงไปตรงมา โดยการเจ็บป่วยอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดำเนินโรคลักษณะการรับสัมผัส และปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ทำให้การสอบสวนความเกี่ยวเนื่องกับการทำงานของการเจ็บป่วยหรือโรคนั้นต้องเน้นที่ข้อเท็จจริงทางการแพทย์⁹

การพิจารณาสาเหตุของ PTSD ต้องพิจารณาจากลักษณะการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (เกณฑ์การวินิจฉัย A) การประสบอันตรายต้องเกิดขึ้นในกรณีข้อ A1 หรือ A2 เพราะเหตุการณ์สะเทือนขวัญเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกและเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน อย่างไรก็ตาม การเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่รุนแรงมากในกรณีข้อ A4 ก็เป็นการประสบอันตรายได้ เช่น นักข่าวหรือนักหนังสือพิมพ์ที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานในพื้นที่ภัยพิบัติและไม่มีการเตรียมตัวที่ดีพอ การสัมภาษณ์หรือเข้าไปในพื้นที่เหตุการณ์จริงและได้รับรู้รายละเอียดเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่มีความรุนแรงและสะเทือนใจมากก็ทำให้ตนเองเกิด PTSD ได้เช่นกัน¹¹ ดังนั้นการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็น “การประสบอันตราย” ที่เกิดผลกระทบแก่จิตใจและสมองของผู้เผชิญเหตุการณ์ไม่ใช่ “การเจ็บป่วย” ทางด้านจิตใจ¹⁰ ขณะที่อาการและการแสดงตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ B ถึง E ที่เกิดขึ้นภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นเป็น “การเจ็บป่วย” ที่เป็นผลสืบเนื่องจาก “การประสบอันตราย”

ในทางตรงกันข้าม การเผชิญเหตุการณ์ตามข้อ A4 ในบางกรณีเป็นการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ผ่านลักษณะของงาน เช่น เจ้าหน้าที่กู้ภัยที่ต้องเข้าไปบริเวณสถานที่เกิดอุบัติเหตุศพของผู้เสียชีวิตในภาพอันน่าสยดสยองซ้ำ ๆ¹² มีลักษณะเป็น “การเจ็บป่วย” เพราะเป็นการเผชิญเหตุการณ์จากปัจจัยภายนอกที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน แต่เกิดจากการสัมผัสซ้ำ ๆ ของลักษณะหรือสภาพของงาน จนนำมาซึ่งความเครียดของจิตใจและพัฒนาเป็น PTSD ในบางการศึกษาจะเรียกว่าเป็น PTSD ที่เกิดจากการสะสมความเครียด (cumulative stress)¹³ เช่น นักผจญเพลิง¹⁴ แตกต่างจากการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญลักษณะซ้ำ ๆ ในข้ออื่น ซึ่งหากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นทำให้ลูกจ้างได้รับผลกระทบแก่จิตใจแม้ว่าจะมีความรุนแรงไม่มากแต่ถือเป็นการประสบอันตรายไม่ใช่การเจ็บป่วย การพิจารณาการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยตามการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญสามารถแสดงได้ตามแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การพิจารณาการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยตามการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ขั้นตอนที่ 2 การระบุความเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

การระบุความเกี่ยวเนื่องจากการทำงานจำเป็นต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริงทางการแพทย์และมุมมองทางด้านกฎหมาย โดยข้อเท็จจริงทางการแพทย์ คือ การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยกับปัจจัยเสี่ยงที่ลูกจ้างได้รับสัมผัส ขณะที่มุมมองทางด้านกฎหมาย คือ การพิจารณาว่าการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยนั้นเข้าได้หรือเข้าไม่ได้กับข้อยกเว้นที่กฎหมายกำหนด⁹

PTSD ที่เป็นการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน เนื่องจากการประสบอันตรายมีลักษณะเป็นข้อเท็จจริงหรือมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกชัดเจนและเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน การพิจารณาจึงอาศัยมุมมองทางด้านกฎหมายมากกว่าข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังนั้นการวินิจฉัย PTSD เนื่องการทำงานที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ข้อ A1, A2 หรือ A4 กรณีการเผชิญรายละเอียดเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่รุนแรงมาก สามารถพิจารณาความเกี่ยวข้องกับการทำงานได้ตามตารางที่ 1

หากข้อเท็จจริงจากการสอบสวนระบุว่าลูกจ้างได้รับการวินิจฉัยเป็น PTSD โดยการเผชิญเหตุการณ์

สะเทือนขวัญ A1, A2 หรือ A4 กรณีการเผชิญรายละเอียดของเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่รุนแรงมาก และพบว่าการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นเป็นการประสบอันตรายตามมาตรา 5 ของ พรบ. เงินทดแทนฯ โดยไม่มีข้อคัดค้านตามมาตรา 22 ของ พรบ. เงินทดแทนฯ ถือว่าลูกจ้างประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง จึงต้องได้รับค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าทดแทนตามกฎหมาย

PTSD ที่เป็นการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

การเผชิญเหตุการณ์ข้อ A4 กรณีการเผชิญรายละเอียดเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ผ่านลักษณะของงาน ถือเป็น การเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน เช่น พนักงานดับเพลิงที่เกิดความเครียดสะสมจากลักษณะงานที่ต้องเผชิญซ้ำ ๆ ในแต่ละวัน¹⁴ อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่พนักงานดับเพลิงทุกคนจะเกิด PTSD การสอบสวนยังต้องพิจารณาทั้งมุมมองทางด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงทางการแพทย์ โดยมุมมองทางด้านกฎหมายอาศัยประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ในการพิจารณาข้อเท็จจริงด้าน

ตารางที่ 1 การชี้แจงนำหนักรายงานหลักฐานระหว่างข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านของมุมมองทางด้านกฎหมายและข้อเท็จจริงทางการแพทย์ กรณีลูกจ้างประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน

ข้อพิจารณา	มุมมองทางด้านกฎหมาย	ข้อเท็จจริงทางการแพทย์
ข้อสนับสนุน	เกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A เป็น A1, A2 หรือ A4 กรณีการเผชิญเหตุร้ายแรงหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่รุนแรงมาก เป็นการทำงานให้นายจ้าง หรือ ป้องกันรักษาผลประโยชน์ หรือ ตามคำสั่งของนายจ้างตามมาตรา 5 ของ พรบ. เงินทดแทนฯ	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น PTSD โดยจิตแพทย์ และเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A เป็น A1, A2 หรือ A4 กรณีการเผชิญเหตุร้ายแรงหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่รุนแรงมากที่สัมพันธ์กับงาน
ข้อคัดค้าน	เกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ต้องไม่เกิดจาก 1) ลูกจ้างเสพของมีนเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้ หรือ 2) ลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตรายหรือ ยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตรายตามมาตรา 22 ของ พรบ. เงินทดแทนฯ	

กฎหมาย^{15,16} แต่ด้วยความซับซ้อนของตัวโรค การพิจารณาการเจ็บป่วยยังต้องอาศัยข้อเท็จจริงทางการแพทย์ร่วมด้วย ซึ่งสามารถอาศัยแนวทางในการวินิจฉัยโรคเนื่องจากการทำงานได้หลายแนวทางขึ้นกับแพทย์ผู้ทำการวินิจฉัย เช่น ACOEM practice guideline work-relatedness⁹ หรือแนวทางอื่น ขึ้นกับแพทย์ผู้ทำการวินิจฉัย เพื่อรวบรวมข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านสำหรับนำเสนอข้อเท็จจริงตามตารางที่ 2

จะเห็นว่าการนำเสนอข้อเท็จจริงทางการแพทย์เปรียบเสมือนการรวบรวมพยานหลักฐานที่เป็นไปได้ทั้งข้อสนับสนุนและคัดค้าน แพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการให้ความเห็นทางการแพทย์ว่าโอกาสในการเกิด

การเจ็บป่วยเป็น PTSD ที่มีสาเหตุจากงานของลูกจ้างคิดเป็นร้อยละเท่าใด หากเห็นว่าโอกาสมากกว่าร้อยละ 50 ถือว่าเป็นเหตุอันควรสงสัย หรือถ้ามากกว่าร้อยละ 70 - 80 ถือว่าเป็นเหตุอันควรเชื่อ และสุดท้ายหากมากกว่าร้อยละ 90 - 100 ถือว่าสิ้นสงสัย^{17,18} หากข้อเท็จจริงปรากฏว่าลูกจ้างเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานให้กับนายจ้าง ลูกจ้างจะได้รับค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพ และค่าทดแทนตามกฎหมาย เช่นเดียวกับการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้นายจ้าง

แนวทางการจัดการ PTSD เนื่องจากการทำงาน

การจัดการ PTSD เนื่องจากการทำงานสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่

ตารางที่ 2 การชี้แจงนำหนักรายงานหลักฐานระหว่างข้อสนับสนุนและข้อคัดค้านของมุมมองทางด้านกฎหมายและมุมมองทางด้านทางการแพทย์ กรณีลูกจ้างเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

ข้อพิจารณา	มุมมองทางด้านกฎหมาย	ข้อเท็จจริงทางการแพทย์
ข้อสนับสนุน และข้อคัดค้าน	เกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A เป็นข้อ A4 กรณีการเผชิญเหตุร้ายแรงหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ผ่านลักษณะของงาน พิจารณาตามประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2	ACOEM practice guideline work-relatedness หรือแนวทางในการวินิจฉัยโรคเนื่องจากการทำงานอื่น ๆ เช่น nine steps in occupational diseases diagnosis ¹⁹ , OSHA determination of work-relatedness ²⁰

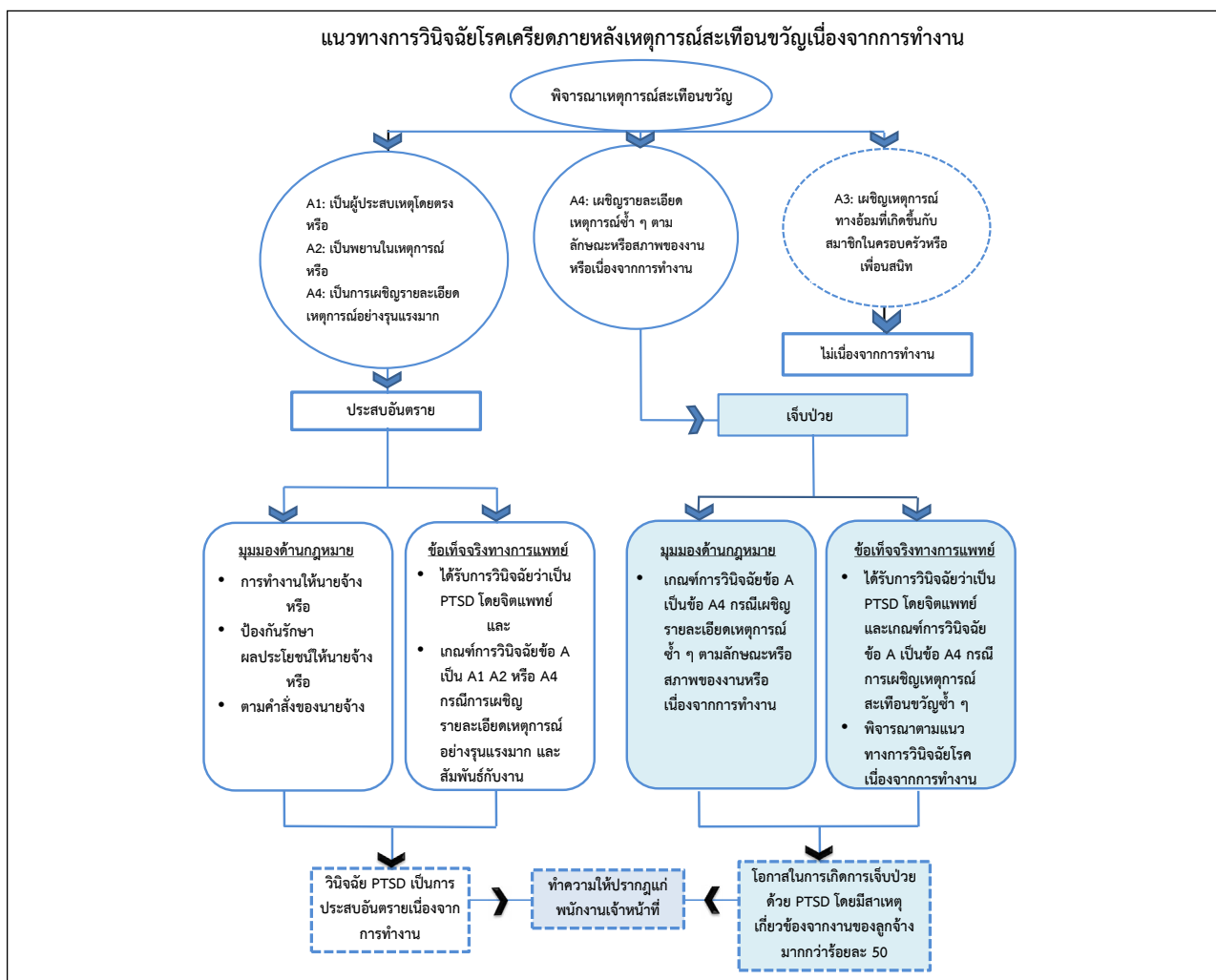
การจัดการด้านกฎหมาย

หากจิตแพทย์สงสัยว่า PTSD เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับงาน ก็สามารถทำความเข้าใจปรากฏแก่เจ้าพนักงานได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามหากจิตแพทย์ต้องการความเห็นเพิ่มเติม ก็สามารถปรึกษาแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพื่อเป็นผู้ทำการสอบสวน PTSD และหาความเกี่ยวเนื่องจากการทำงานได้เช่นกัน ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจปรากฏแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ แพทย์ควรแนะนำให้นายจ้าง ลูกจ้าง หรือผู้ยื่นคำร้อง นำแบบแจ้งการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย หรือสูญหาย (กท.16) และแบบส่งตัวลูกจ้างเข้ารับรักษาพยาบาล (กท. 44) ไปยื่น ณ สำนักงานประกันสังคมแห่งท้องที่ที่ลูกจ้างทำงานอยู่ หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

พร้อมทั้งไปรับรองแพทย์ (กท. 16/1) หรือไปรับรองแพทย์ของสถานพยาบาล โดยหากเป็นการประสบอันตรายก็ระบุว่าเป็น “ลูกจ้างได้รับอันตรายจนมีผลกระทบแก่จิตใจเนื่องจากการทำงาน” แต่หากเป็นเจ็บป่วยก็ระบุความเห็นว่าเป็น “สงสัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน”

การจัดการด้านสุขภาพ

การวินิจฉัย PTSD เนื่องจากการทำงานควรมีการลงรหัส ICD-10 ให้ถูกต้อง หากพบว่า PTSD เป็นการประสบอันตราย จำเป็นต้องลงรหัสโรค ICD-10 ในหัวข้อ external cause โดยลงรหัสที่ขึ้นต้นด้วย V W X ขึ้นกับสาเหตุของการประสบอันตรายนั้น ๆ แต่ถ้า PTSD เป็นการเจ็บป่วย การลงรหัสโรค ICD-10 ในหัวข้อ external cause ต้อง



แผนภาพที่ 3 การพิจารณาการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยตามการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ลงรหัสด้วย Y96 (work-related condition) นอกจากนี้ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ควรมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้านจิตใจและการกำหนดมาตรการป้องกันในสถานประกอบการ ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมการตอบสนองที่เหมาะสมต่อความเครียดและการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ในการทำงาน 2) การจัดให้มีการซ้อมแผนตอบโต้ภัยพิบัติด้านจิตใจเพื่อป้องกัน PTSD ภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และ 3) การจัดระบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงเป็น PTSD จากการทำงาน หากพบว่ามีอาการผิดปกติควรรีบส่งปรึกษาจิตแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้ความเครียดพัฒนากลายเป็น PTSD เช่น การทำจิตบำบัดประเภท trauma-focused cognitive behavioral therapy¹

วิจารณ์

กระบวนการวินิจฉัย PTSD เนื่องจากการทำงาน มีลำดับขั้นตอนก่อนหลังที่ชัดเจน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่ การวินิจฉัย PTSD และการวินิจฉัยความเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน โดยทั้ง 2 ขั้นตอนเป็นกระบวนการที่มีความคล้ายกับคู่มือแพทย์สำหรับประเด็นทางด้านกฎหมายและการแพทย์ (physician's guide to medicolegal practice) โดยแพทยสภาแห่งสหรัฐอเมริกา (American medical association: AMA)²¹ ขั้นตอนทั้งหมดต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรหลายฝ่ายได้แก่ นายจ้าง จิตแพทย์ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และพนักงานเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทน อย่างไรก็ตาม จิตแพทย์เป็นผู้มีบทบาทมากที่สุดในกระบวนการเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัย PTSD รวมทั้งเป็นคนแรกที่สงสัยความเกี่ยวข้องระหว่างงานกับการเกิด PTSD ของลูกจ้าง ขณะที่ในการวินิจฉัยความเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน จิตแพทย์หรือแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ก็สามารถทำความเข้าใจกับพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ สำนักงานกองทุนเงินทดแทนจึงควรมีนโยบายในการสนับสนุนให้จิตแพทย์วินิจฉัย PTSD เนื่องจากการทำงานให้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม หากจิตแพทย์ไม่มั่นใจในการระบุเนื่องจากการทำงาน ก็ควรมีช่องทางในการส่งปรึกษาแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในการสอบสวนว่า PTSD เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือไม่

นอกจากนี้ หากลูกจ้างได้เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับงานและเกณฑ์ข้อบ่งชี้เป็น A1, A2 หรือ A4 ที่รุนแรงมากเกินปกติ และปรากฏอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติแก่จิตใจหลังจากที่เผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นเวลา 3 วันขึ้นไป แสดงว่าลูกจ้างเป็นโรคเครียดฉับพลัน (acute stress disorder)² ถือเป็นอาการที่ร้ายแรงกว่า PTSD ซึ่งหากอาการหรืออาการแสดงนั้นคงอยู่นานเกิน 1 เดือนถือว่าเป็น PTSD ดังนั้นนายจ้างควรรีบแจ้งการประสบอันตรายและส่งตัวลูกจ้างเข้ารับการรักษายาบาลทันทีหากพบว่าลูกจ้างเป็นโรคเครียดฉับพลันหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบแก่จิตใจจนกลายเป็น PTSD ได้ในอนาคต

สรุป

ในการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) เนื่องจากการทำงาน แพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยจำเป็นต้องมีความสามารถในการจำแนกได้ว่าเป็นการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วย และสามารถพิจารณาความเกี่ยวเนื่องกับการทำงานโดยอาศัยทั้งประเด็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์และมุมมองด้านกฎหมายอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Niu S, Colosio C, Carugno M, Adishes A. Diagnostic and exposure criteria for occupational diseases - guidance notes for diagnosis and prevention of the diseases in the ILO List of Occupational Diseases (revised 2010). Geneva: international labour organization; 2022.
2. Segal D, Marty M, Coolidge F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. North C, Hong B, Downs D. PTSD: a systematic approach to diagnosis and treatment. *Curr Psychiatr*. 2018;17(4): 35-43.
4. Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisæth L. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(3):175-82. doi:10.1093/occmed/kqt003.

5. Colosio C, Niu S, Laan G. 1658 The new ilo list of occupational diseases: guidance notes on diagnostic criteria for occupational diseases included in the ilo list. *Occup Environ Med.* 2018;75(Suppl2):A229-30. doi:10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.650.
6. กระทรวงแรงงาน. ประกาศกระทรวง เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566 [Notification of the ministry on specifying the types of diseases occurring by characteristics or the condition of the work or due to work, B.E. 2566]. *ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 140 ตอนพิเศษ 29 ง (ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566).*
7. สำนักงานประกันสังคม. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 [Workmen's compensation act, B.E. 2537]. *ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 111 ตอนที่ 28 ก (ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2537).*
8. ศิริินาฏ สฤติพันธ์. การประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานให้แก่ นายจ้าง [Work-related injury] [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
9. Greaves WW, Das R, McKenzie JG, Sinclair DC 2nd, Hegmann KT. Work-relatedness. *J Occup Environ Med.* 2018;60(12):e640-6. doi:10.1097/JOM.0000000000001492.
10. Zimbaro P, Sword R, Sword R. The time cure: overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy. California: Jossey-Bass; 2012.
11. Flannery RB Jr. News journalists and posttraumatic stress disorder: a review of literature, 2011-2020. *Psychiatr Q.* 2022;93(1):151-9. doi:10.1007/s11126-021-09920-z.
12. Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Dedy M, Phelps A, Dell L, et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(9):897-909. doi:10.1007/s00127-018-1539-5.
13. Geronazzo-Alman L, Eisenberg R, Shen S, Duarte CS, Musa GJ, Wicks J, et al. Cumulative exposure to work-related traumatic events and current post-traumatic stress disorder in New York City's first responders. *Compr Psychiatry.* 2017;74:134-43. doi:10.1016/j.comppsy.2016.12.003.
14. Jahnke SA, Poston WS, Haddock CK, Murphy B. Firefighting and mental health: Experiences of repeated exposure to trauma. *Work.* 2016;53(4):737-44. doi:10.3233/WOR-162255.
15. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. ประกาศกระทรวง เรื่อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน พ.ศ. 2540 [Notification of the ministry on criteria for diagnosis and assessment of loss of functionality of patients or injuries due to occupational diseases, B.E. 2540]. *ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 114 ตอนพิเศษ 39 ง (ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2540).*
16. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. ประกาศกระทรวง เรื่อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 [Notification of the ministry on criteria for diagnosis and assessment of disability of patients or injuries due to occupational diseases (No. 2), B.E. 2541]. *ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 115 ตอนพิเศษ 31 ง (ลงวันที่ 24 เมษายน 2541).*
17. Harrington JM, Newman Taylor AJ, Coggan D. Industrial injuries compensation. *Br J Ind Med.* 1991;48(9):577-8. doi:10.1136/oem.48.9.577.
18. วันชัย ศรีนวนนิต. งานสัมมนาเรื่องพยานทางการแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมและในการพิจารณาตัดสินจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมที่สืบเนื่องจากมาตรฐานเวชปฏิบัติ [Seminar for expert witness testimony in medical liability and moral judgement in medical ethics] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: แพทยสภา; 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พ.ค. 2566]. จาก: <https://youtu.be/oEbeQyeQ-Ug>
19. อุดลย์ บัณฑกุล. การวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยใช้ Nine steps in Occupational Diseases Diagnosis [Nine steps in Occupational Diseases Diagnosis]. *วารสารกรมการแพทย์.* 2559;41(2):5-12.
20. Occupational Safety & Health Administration (OSHA). Determination of work-relatedness (Standard No. 1904.5) [Internet]. Washington: OSHA; C2001 [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1904/1904.5>
21. Ranavaya MI. Physician's guide to medicolegal practice. 1st ed. Chicago: American Medical Association; 2019.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผู้พิมพ์จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์อย่างเคร่งครัด** ผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว ไม่มีการลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยกำหนดความซ้ำของเนื้อหา ด้วยโปรแกรม CopyCat เว็บ ThaiJO ในระดับไม่เกินร้อยละ 10 และมีการอ้างอิงตามแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน บทความทุกประเภทที่ส่งมาให้พิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการตรวจทานต้นฉบับจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่าน บทความที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของกรมสุขภาพจิตและผู้พิมพ์

ประเภทของบทความ

1. บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความซึ่งวิเคราะห์ผลงานทางการแพทย์หรือสุขภาพจิต หรืออาจเป็นข้อคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (summary) และเอกสารอ้างอิง (references)

2. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นบทความรายงานการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง (references)

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

เป็นการศึกษาค้นคว้ารวบรวมผลงานวิจัยเพื่อตอบคำถามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพและคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยให้ใช้ PRISMA guideline มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) วิธีการ (methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

4. บทความปริทัศน์ (Review article)

เป็นการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ผลงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผ่านการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเรื่องนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมการอภิปรายและข้อเสนอแนะ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) วิจารณ์ (discussion) สรุป (conclusion) และเอกสารอ้างอิง (references)

5. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

6. ปกิณกะ (Miscellany)

เป็นบทความทั่วไป ทบทวนความรู้ การแสดงความคิดเห็น วิจารณ์ แนะนำเครื่องมือใหม่ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือทางสาธารณสุข มีองค์ประกอบดังนี้ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญ (key words) บทนำ (introduction) เนื้อเรื่อง (text) สรุป (conclusion) เอกสารอ้างอิง (references)

การเตรียมต้นฉบับ

เอกสารประกอบการนำส่ง ได้แก่ 1) ไฟล์บทความต้นฉบับ 2) หนังสือรับรองการส่งบทความ (ใบนำส่ง) 3) เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (เฉพาะประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ) จากนั้นสมัครสมาชิก และ submission ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht> โดยมีรายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

1. หนังสือรับรองการนำส่ง (ใบนำส่ง) (link แบบฟอร์มท้ายเล่ม) ให้ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ที่อยู่วุฒิการศึกษาสูงสุด หน่วยงาน ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งที่อยู่และ e-mail address ของผู้พิมพ์ทุกคนและระบุตัวแทนผู้พิมพ์ที่ประสานติดต่อกองบรรณาธิการ (corresponding author) ทั้งนี้การพิจารณาถ้อยแถลงบทความของผู้ทรงคุณวุฒิจะพบทวนบทความโดยไม่ทราบชื่อผู้พิมพ์ (blindly review)

2. การใช้ภาษา ให้ใช้ 2 ภาษา คือ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยบทความต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด โดยใช้พจนานุกรมศัพท์วิทยาศาสตร์ฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นบรรทัดฐาน สำหรับคำศัพท์แพทย์ภาษาอังกฤษที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ และในหนังสือศัพท์จิตเวช อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้ คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด **ยกเว้นชื่อเฉพาะ** ให้ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยคำศัพท์ภาษาอังกฤษ หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกิริยา การเขียนคำร้อยละให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นและค่า p-value ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง เช่น $p < .01$, $p = .10$

3. บทความย่อ แยกภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยมีเนื้อหาที่เหมือนกัน ใส่ชื่อเรื่องตามด้วยบทความย่อแต่ไม่ต้องระบุชื่อผู้พิมพ์ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องและไวยากรณ์ภาษาอังกฤษก่อนส่งต้นฉบับ เขียนตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วิธีการ ผล วิจยารณ์ สรุป **ไม่เกิน 300 คำ** ใช้ภาษารัตนภูมิ ตามด้วยคำสำคัญ จำนวน 3 - 5 คำ โดยใช้ Medical Subject Heading (MeSH) items ของ

U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญ

4. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม Word Processor for Window ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และให้พิมพ์ข้อความ 1 สดมภ์ (1 column) ต่อ 1 หน้า และไม่ต้องจัดหน้าชิดขวา ระยะห่างจากขอบกระดาษทุกด้านไม่น้อยกว่า 2.5 ซม. ต้นฉบับแต่ละเรื่อง **ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ** (ไม่รวมใบนำส่ง) ตัวเลขทั้งหมดให้ใช้เลขอารบิก และใส่เลขหน้าทุกหน้า

5. เนื้อเรื่อง ใช้ภาษากระชับรัดกุม หลีกเลี่ยงการใช้คำซ้ำ ประกอบด้วย 1) **บทนำ** คือ ความเป็นมาและคำถามการวิจัย 2) **วิธีการ** คือ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์ ระบุการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3) **ผล** แสดงผลการศึกษาคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น 4) **วิจารณ์** ควรเขียนอภิปรายว่าผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ในครั้งนี้เหมือนหรือแตกต่างจากการศึกษาอื่นอย่างไร และต้องมีการอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย รวมทั้งระบุข้อจำกัดของการวิจัย 5) **สรุป** ควรสรุปประเด็นค้นพบจากการวิจัยที่สำคัญ และข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ 6) **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) 7) **การตอบคำถามสั้น ๆ 3 ข้อ** ได้แก่ ความรู้เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษา และประโยชน์ที่จะนำไปใช้

6. การเตรียมตาราง และรูปภาพตาราง ประกอบด้วย ชื่อตาราง สดมภ์มีหน่วยนับ มีเส้นตารางเฉพาะแนวนอน และให้เรียงต่อจากคำอธิบาย จำนวนรวมทั้งตารางและรูปภาพไม่เกิน 5 ตาราง/รูปภาพ สำหรับรูปภาพดิจิทัลให้ใช้รูปแบบ JPEG

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ยกเว้นกรณียกเลิก/ถอนบทความหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) พิจารณาแล้ว จะต้องชำระค่าดำเนินการบทความจำนวน 3,000 บาท

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างอิงในเรื่อง โดยแสดงเป็นตัวเลขยก ไม่มีวงเล็บ เช่น XX¹ การอ้างอิง 2 รายการต่อเนื่องกันใช้เครื่องหมาย “,” คั่น เช่น XX^{1,2} การอ้างอิง 3 รายการขึ้นไปต่อเนื่องกัน ใช้เครื่องหมาย “-” คั่น เช่น XX⁵⁻⁷ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วารสาร

1.1 การอ้างอิงจากบทความในวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป ที่มีผู้แต่ง 1 - 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น และตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า

1.1.1 บทความในวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตาม Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> (สำหรับวารสารที่ยังไม่ได้เข้า Index Medicus ให้เขียนชื่อวารสารแบบชื่อเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ)

Kittirattanapaiboon P, Srikosai S, Wittayanookulluk A. Methamphetamine use and dependence in vulnerable female populations. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(4):247-52. doi:10.1097/YCO.0000000000000335.

1.1.2 บทความในวารสารของไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทยตามที่ปรากฏ โดยมีชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. บทเรียนด้านสุขภาพจิตในภัยพิบัติ: กรณีการช่วยเหลือทีมหมูป่าพลัดหลงในถ้ำหลวง [Lesson learned in disaster mental health from Tham Luang cave rescue]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2561;26(2):152-59.

1.1.3 บทความในวารสารของไทย ที่วารสารนั้นตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเหมือนวารสารภาษาอังกฤษ เช่นเดียวกับข้อ 1.1.1

Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. Mindfulness based relapse prevention program for alcoholism. *Siriraj Med J*. 2015;67(1):8-13.

1.2 กรณีที่มีผู้พิมพ์รวมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นและตามด้วยอักษรชื่อต้นภาษาอังกฤษ (ไม่เว้นวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอนระหว่างปี ปีที่ และหน้า)

Meydani SN, Leka LS, Fine BC, Dallal GE, Keusch GT, Singh MF, et al. Vitamin E and respiratory tract infections in elderly nursing home residents: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(7):828-36. doi:10.1001/jama.292.7.828.

1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J*. 1994;84:15.

1.4 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (Supplement)

1.4.1 ฉบับเสริมของปี

Strauss SE. History of chronic fatigue syndrome. Rev Inf Dis. 1991;11 suppl 1:52-7.

1.4.2 ฉบับเสริมของเล่ม

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

1.5 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ อาจแสดงชนิดของเอกสารได้ตามความจำเป็นภายใน เครื่องหมาย []

Cleare AJ, Wessly S. Fluoxetine and chronic fatigue syndrome [letter]. Lancet 1996;347:1770.

1.6 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1.6.1 บทความที่มี Digital Object Identifier (DOI)

Stultz J. Integrating exposure therapy and analytic therapy in trauma treatment. Am J Orthopsychiatry. 2006;76(4):482-8. doi:10.1037/00029432.76.4.482.

1.6.2 บทความไม่มี DOI

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol. 1990;15:437-58. Available from: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

2. หนังสือ

2.1 หนังสือมาตรฐานทั่วไป

2.1.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาไทย โดยเพิ่มชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บเหลี่ยม [] ต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาไทย และใส่ชื่อภาษาของภาษาต้นฉบับเป็นคำภาษาอังกฤษไว้ตอนท้ายสุด

เทอดศักดิ์ เดชคง. เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ [Motivational counseling]. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2555.

2.1.2 หนังสือภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์

World Health Organization, Regional Office for South- East Asia. Mental health and psychosocial relief efforts after the tsunami in South-East Asia. New Delhi: WHO Regional Office for South- East Asia; 2005.

2.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of mindfulness. In: Didonna F, editor. Clinical handbook of mindfulness. New York: Springer; 2009. p. 153-65.

2.4 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

รีนา ต๊ะดี. ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ [Life of female adolescent as mothers]. เอกสารประกอบการประชุม: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 ประชากรและสังคม พ.ศ. 2560; 30 มิ.ย. 2560; กรุงเทพฯ.

3. รายงานทางวิชาการ

3.1 รายงานวิจัย

วชิระ เฟ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วรวรรณ จุฑา, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ความชุกของโรคจิตเวชของคนไทย: การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2551 [Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.

3.2 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [dissertation]. London: University of London; 1998.

ปราณี จงสมจิตร. ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการตอบสนองทางสรีระการผ่อนคลายและความพึงพอใจในผู้เป็นความดันโลหิตสูง [Effects of foot reflexology on physiological response relaxation and satisfaction in persons with hypertension] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

4.1 เอกสารเฉพาะเรื่องบนอินเทอร์เน็ต

ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับหนังสือ ยกเว้น 1) หลังชื่อเรื่องให้ใส่คำว่า [Internet]. หรือ [อินเทอร์เน็ต]. 2) เพิ่มวันสืบค้น [cited ปี ค.ศ. เดือน(ย่อ) วัน]. หรือ [สืบค้นเมื่อ วัน เดือน(ย่อ) ปี พ.ศ.]. ต่อจากปีที่พิมพ์ 3) ใส่ที่มาจากภาษาอังกฤษใช้คำว่า Available from: ภาษาไทยให้ใช้คำว่า จาก: ใส่ URL หลัง URL ไม่ใส่เครื่องหมาย . ยกเว้น URL นั้นจบด้วย เครื่องหมาย /

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [Thailand health profile 2005-2007] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550 [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มี.ค. 2554]. จาก: http://www.moph.go.th/ops/health_50/.

Merriam-Webster medical dictionary [Internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005 [cited 2006 Nov 16]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>

4.2 โฮมเพจ/เว็บไซต์

รูปแบบ: ผู้แต่ง.\ชื่อเรื่อง\อินเทอร์เน็ต.\สถานที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์;\ปีพิมพ์\สืบค้นเมื่อวันที่\เดือน(ย่อ)\ปี.\จาก:\URL

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เตรียมตัวรับมือ Cyberbullying [Prepare for cyberbullying] [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงาน; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มี.ค. 2564]. จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/53960-เตรียมตัว%20รับมือ%20Cyberbullying.html>

World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 May 12]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>.

5. การอ้างอิงในรูปแบบอื่น

5.1 บทความหนังสือพิมพ์

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

วฤตดา ทาระภูมิ. ดึงคุณภาพยา (จีน) ช่วยผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง [Bringing quality medicine (China) to help patients with chronic kidney failure]. มติชน. 3 มี.ค. 2554; น. 10.

5.2 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่างๆ

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. แก้ไขและเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2543. Cystitis; น. 89.

การส่งต้นฉบับในระบบวารสารออนไลน์

ผู้พิมพ์สมัครสมาชิกและส่งต้นฉบับบทความในระบบ ThaiJo ตามขั้นตอนดังนี้

1. สมัครสมาชิก (register) สร้าง username/password และสร้าง profile
2. การส่งบทความ (submission)

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นการส่ง กรอกข้อมูลและตรวจสอบทุกข้อเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word ตามข้อแนะนำการเตรียมต้นฉบับ หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

ขั้นที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล author, title, abstract, keyword, references

ขั้นที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นที่ 5 เสร็จสิ้นการ submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ

3. การแก้ไขบทความ (revision)

เอกสาร/ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์ ดูได้จาก

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/jmht/information/authors>

หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดนี้





วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม – กันยายน 2566

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 254
จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ณภัทร์ ศิรินิ่มนวลกุล, ชญานิชษฐ์ พูลวรลักษณ์, ธนภรณ์ ออมทวีทรัพย์, ศศิธร พลสิทธิ์, นิยมมาวดี หิรัญวัฒน์, ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์
- การทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในรูปแบบสมาร์ตโฟน แอปพลิเคชันต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า 265
ประภาส อุดรอนันท์, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวท, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ, สุเมณฑา เกษมวิลาศ, สุปราณี พิมพ์ตรา, เกษราภรณ์ เคนนุปลา, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร
- อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวช 276
ทรงพล โลดทนองค์
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของระหว่างโรคจากการนอนหลับและโรคลมชัก 287
ศรัชชา เทียนสันติสุข, ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, ภัทรพร วิสาจันทร์, อภิสสิทธิ์ บุญเกิด
- การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นพื้นฐานเพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ ต่อความเครียดในนักศึกษาแพทย์: การศึกษากึ่งทดลอง 295
อารีรัตน์ สิริพงศ์พันธ์, สหทัยา นิยะโมสถ, ปณินันท์ ศรีนุชศาสตร์
- #### บทความพิเศษวิชาการ
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น 305
สุภาค เหลืองรุ่งโรจน์, พัชรินทร์ เสรี, วัลลภ อัศจรรย์สิงห์
- สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 318

สำหรับผู้สนใจส่งบทความ
สามารถดูรายละเอียดได้ตามคิวอาร์โค้ดนี้



- 1 คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์
- 2 Template รูปแบบการเขียนบทความ
- 3 หนังสือรับรองการส่งบทความ/ผลการวิจัย (ใบนำส่ง)
- 4 ขั้นตอนการใช้ระบบวารสารออนไลน์

อ่านบทความและส่งบทความได้ทาง:
www.tci-thaijo.org/index.php/jmht